

CONFIDENCIAL La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007 ENCUESTA A USUARIOS MÓDULO 1. CONSULTA EXTERNA	Número de identificación muestral: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	--	---

I. IDENTIFICACIÓN	
101	Nombre del departamento: _ _
102	Nombre del municipio: _ _ _ _
103	Área: Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/>
104	Nombre de la institución
105	Código de la institución _ _ _ _

II. DATOS DE CONTROL						
Resultado de la entrevista						
No.	201. Fecha			202. Hora inicio	203. Hora fin	204.Resultado
	Día	Mes	Año			
1	_ _	_	_ _ _	_ : _	_ : _	_ ↓
CÓDIGOS DE RESULTADO						
1. Completa			3. Rechazo			
2. Incompleta			8. Otro ¿Cuál? _____			
205. Entrevistador@: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
206. Supervisor@: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						

VI. DATOS DEL USUARIO		
601	Nombres y apellidos del usuario	
602	Edad del usuario	Días <input type="checkbox"/>
		Meses <input type="checkbox"/>
		Años <input type="checkbox"/>
603.a	ENTREVISTADOR@: Revise 602 ¿la persona a encuestar tiene menos de 12 años?	Si <input type="checkbox"/> → 604 No. <input type="checkbox"/>
603.b	¿Tiene ____ algún tipo de dificultad para comunicarse?	Si <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> → 605
604	Nombre del informante	
605	Sexo del usuario	Femenino <input type="checkbox"/>
		Masculino <input type="checkbox"/>

606	¿A cuál entidad de salud esta afiliado _____?	Seguro social, ISS <input type="checkbox"/> 1 Fuerzas militares, policía nacional <input type="checkbox"/> 2 ECOPETROL <input type="checkbox"/> 3 Magisterio <input type="checkbox"/> 4 Entidad promotora de salud (EPS), diferente al ISS <input type="checkbox"/> 5 ¿Cuál? Administradora del régimen subsidiado ARS <input type="checkbox"/> 6 Cuál? _____ Otra entidad Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 7 Carta de desplazado o desmovilizado <input type="checkbox"/> 8 Ninguno <input type="checkbox"/> 9
607	¿Le han hecho la encuesta del SISBEN al hogar de _____?	No sabe <input type="checkbox"/> 3 → 608 No <input type="checkbox"/> 2 → 608 Sí. <input type="checkbox"/> 1 ↓ ¿En que nivel del SISBEN quedó clasificado? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 7
608	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por _____?	Ninguno <input type="checkbox"/> → 610 Preescolar <input type="checkbox"/> 2 Básica primaria <input type="checkbox"/> 3 Básica secundaria y media <input type="checkbox"/> 4 Técnico o tecnológico <input type="checkbox"/> 5 Universitaria sin título <input type="checkbox"/> 6 Universitaria con título <input type="checkbox"/> 7 Postgrado sin título <input type="checkbox"/> 8 Postgrado con título <input type="checkbox"/> 9
609	¿Cuántos años aprobó _____ en ese nivel? (Sí responde en semestres conviértalo a años)	<input type="text"/> <input type="text"/>
610	¿En qué actividad ocupó _____ la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA de lunes a Domingo?	Trabajando <input type="checkbox"/> 1 No trabajó pero tenía trabajo <input type="checkbox"/> 2 Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 3 Estudiando <input type="checkbox"/> 4 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 5 Otra actividad <input type="checkbox"/> 6 Incapacitado permanentemente para trabajar <input type="checkbox"/> 7
611	¿Cuál es el estado civil de _____?	Casad@ <input type="checkbox"/> 1 Unión Libre <input type="checkbox"/> 2 Separad@ <input type="checkbox"/> 3 Viud@ <input type="checkbox"/> 4 Solter@ <input type="checkbox"/> 5

VII. DATOS SOBRE LA ATENCIÓN DEL DÍA DE HOY

701	¿Qué atenciones recibió _____ hoy en esta institución? (Espere respuesta)	a. Consulta médica general 1 <input type="checkbox"/> b. Consulta médica especializada 1 <input type="checkbox"/> c. Consulta por otro profesional diferente a un médico especialista 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ d. Consulta odontológica 1 <input type="checkbox"/> e. Consulta preventiva en salud bucal 1 <input type="checkbox"/> f. Consulta de control prenatal 1 <input type="checkbox"/> g. Consulta de crecimiento y desarrollo 1 <input type="checkbox"/> h. Examen de laboratorio 1 <input type="checkbox"/> i. Rayos X o imágenes diagnósticas 1 <input type="checkbox"/> j. Vacunación 1 <input type="checkbox"/> k. Sesión educativa 1 <input type="checkbox"/> l. Reunión de grupo terapéutico 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ m. Reunión diferente a grupo terapéutico 1 <input type="checkbox"/> n. Citología 1 <input type="checkbox"/> o. Consulta o control de planificación familiar 1 <input type="checkbox"/> p. Curaciones, retiro de puntos 1 <input type="checkbox"/> q. Cirugía ambulatoria 1 <input type="checkbox"/> r. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>	
702	¿Por qué motivo de consulta está _____ hoy en esta institución? (Espere respuesta)	Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente 1 <input type="checkbox"/> Enfermedad física o malestar de larga duración 2 <input type="checkbox"/> Enfermedad o problema mental, de los nervios o de comportamiento 3 <input type="checkbox"/> Disminución en la capacidad para hacer cosas 4 <input type="checkbox"/> Lesión por accidente 5 <input type="checkbox"/> Lesión por violencia 6 <input type="checkbox"/> Problema o enfermedad de la boca o de los dientes 7 <input type="checkbox"/> Atención preventiva como: Control prenatal, de crecimiento y desarrollo, vacunación, citología o planificación familiar 8 <input type="checkbox"/> Otra atención preventiva, como chequeo de persona sana, control odontológico, etc 9 <input type="checkbox"/> Estética 10 <input type="checkbox"/> Puerperio o control del recién nacido 11 <input type="checkbox"/>	
702.a	¿Esta consulta es programada ó prioritaria?	programada 1 <input type="checkbox"/> prioritaria 2 <input type="checkbox"/>	
703	¿Cuánto tiempo gastó, _____ en llegar hasta esta institución? (registre en horas y minutos)	Horas Minutos __ __ : __ __	
705	¿Cuánto tiempo pasó desde que llegó a la institución hasta que le prestaron el servicio que buscaba?	Horas Minutos __ __ : __ __	
704	¿Elegió _____ venir a esta institución o se la asignaron?	La eligió 1 <input type="checkbox"/> Se la asignaron 2 <input type="checkbox"/>	
706	¿Pudo _____ o su acudiente elegir el médico, enfermera o profesional que quería que lo atendiera?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
707	En la atención de hoy, ¿le informaron con claridad cómo encontraron la salud de _____?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 3 <input type="checkbox"/>	

708	En la atención de hoy, ¿le explicaron a _____ en qué consistía el tratamiento a realizar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
709	En la atención de hoy, ¿Le pidieron autorización para examinar a _____ o realizar algún procedimiento de examen o tratamiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
710	◀ ENTREVISTADOR@. Revise 606 y marque la opción correspondiente	Marcó 1, 2, 3, 4, 5 o 6 (afiliado) <input type="checkbox"/> Marcó 7 (otro) <input type="checkbox"/> Marcó 8 o 9 (no afiliado) <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
711	¿Quién pagó o va a pagar la mayor parte de los gastos por la atención del día de hoy?	EPS o ARS u Otra entidad de seguridad social <input type="checkbox"/> Medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario <input type="checkbox"/> Secretaría de salud o alcaldía (vinculado) <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios <input type="checkbox"/> El SOAT, seguro obligatorio de accidentes de tránsito <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad Social, como una ONG <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>																																																		
712	Por favor dígame, en cada caso, si usted u otra persona pagó o va a pagar algo por:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">¿Cuánto?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. El transporte de ida y vuelta suyo y de sus acompañantes</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. La alimentación suya y de sus acompañantes</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. El alojamiento suyo y de sus acompañantes (sí durmió fuera de su residencia)</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		No	Sí	¿Cuánto?		a. El transporte de ida y vuelta suyo y de sus acompañantes	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	b. La alimentación suya y de sus acompañantes	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	c. El alojamiento suyo y de sus acompañantes (sí durmió fuera de su residencia)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																															
	No	Sí	¿Cuánto?																																																		
a. El transporte de ida y vuelta suyo y de sus acompañantes	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
b. La alimentación suya y de sus acompañantes	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
c. El alojamiento suyo y de sus acompañantes (sí durmió fuera de su residencia)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
713	Por la atención de hoy, ¿A _____ o a sus acompañantes, les descuentan del salario el tiempo no trabajado o dejaron de recibir ingresos?	Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>																																																			
714	◀ ENTREVISTADOR@. ▪ Para la siguiente pregunta tenga en cuenta que a, b y c son excluyentes, si marca SI en alguna, NO PUEDE marcar SI en las demás. Sondee para aclarar en donde debe marcar el SI.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">No sabe</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">¿Cuánto?</td> </tr> <tr> <td>a. Por copago / Cuota moderadora del POS o Cuota de recuperación por la atención</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Por consulta particular</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Por vale de medicina prepagada</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Por exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Por materiales para la atención</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Por otras actividades de tratamiento como terapias o inyecciones</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Por medicamentos</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud de _____</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Por otra cosa como fotocopias</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">→ \$ _____</td> <td style="text-align: center;">NS <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		No sabe	No	Sí	¿Cuánto?	a. Por copago / Cuota moderadora del POS o Cuota de recuperación por la atención	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	b. Por consulta particular	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	c. Por vale de medicina prepagada	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	d. Por exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	e. Por materiales para la atención	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	f. Por otras actividades de tratamiento como terapias o inyecciones	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>	g. Por medicamentos	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	h. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud de _____	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	i. Por otra cosa como fotocopias	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>	
	No sabe	No	Sí	¿Cuánto?																																																	
a. Por copago / Cuota moderadora del POS o Cuota de recuperación por la atención	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
b. Por consulta particular	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
c. Por vale de medicina prepagada	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
d. Por exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
e. Por materiales para la atención	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
f. Por otras actividades de tratamiento como terapias o inyecciones	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>																																																	
g. Por medicamentos	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
h. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud de _____	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	
i. Por otra cosa como fotocopias	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____	NS <input type="checkbox"/>																																																	

715	<p>En algún momento de su permanencia en esta institución en el día de hoy _____ sintió molestia o incomodidad ...:</p>	<p style="text-align: right;">Si No NA</p> <p>a. ¿Por no poder permanecer sentado durante el tiempo de espera? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>b. ¿Por no tener acceso a servicios sanitarios cuando los necesitó? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>c. ¿Por las condiciones físicas de la sala de espera? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. ¿Por las condiciones físicas del sitio donde lo atendieron? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
716	<p>En algún momento de la atención recibida hoy, _____ se sintió molesto o incomodo por:</p>	<p style="text-align: right;">Si No NA</p> <p>a. ¿Por la forma en que le hablaron las personas que lo atendieron? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>b. ¿Por lo que le pidieron hacer durante la atención? (desnudarse por ejemplo) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>c. ¿Por el examen que le hizo alguna de las personas que lo atendió? (examen de seno o testículo por ejemplo) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. ¿Por la falta de cortesía y simpatía de las personas que lo atendieron? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>e. ¿Por la poca atención que se le dio a su problema de salud? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>f. ¿Por comentarios hechos en voz alta y en presencia de otras personas sobre su estado de salud? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>g. ¿Por algún procedimiento hecho en presencia de otras personas sin su autorización? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>
717	<p>En la atención de hoy, ¿le dieron incapacidad para ir a trabajar o estudiar?</p>	<p style="text-align: right;">Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos días de incapacidad le dieron? __ __ </p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No aplica 3 <input type="checkbox"/></p>
<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>La pregunta 718, incluye literales de la (a) a la (q). Cada literal es, a su vez, una pregunta y para cada una la respuesta es Sí o No. Al lado de la alternativa de respuesta Sí, se indica qué capítulo del cuestionario debe ser aplicado si la respuesta al literal es Sí.</p> <p>Primero lea al entrevistad@ todas los literales de la a hasta la q y marque la respuesta obtenida en cada caso. Luego revise las respuestas e identifique el primer literal con respuesta Sí y el capítulo ubicado al frente. Pase a dicho capítulo y una vez diligenciado regrese a P718, marque la casilla de verificación e identifique el siguiente literal con respuesta Sí.</p> <p>Cuando se le pida revisar esta pregunta, tenga en cuenta que las casillas de verificación marcadas con X indican que el capítulo ya fue diligenciado, y que si es del caso deberá diligenciar un capítulo posterior.</p>		
718	<p>← ENTREVISTADOR Lea el siguiente texto: "Esta pregunta es muy importante y quizá para usted suene repetida, sin embargo le pido el favor de contestarla.</p> <p>Voy a leerle varias frases. En cada caso dígame si fue o no una de las razones de la visita de ___ hoy a esta institución".</p>	<p style="text-align: right;">Capítulo a aplicar si la respuesta es Sí</p> <p style="text-align: right;"><small>Casilla de verificación</small></p>
<p style="text-align: right;">No Si</p>		
<p>a. Atención odontológica o limpieza de dientes 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> → XV <input type="checkbox"/></p>		
<p>b. Lesiones sufridas en un accidente de tránsito 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> → XVI <input type="checkbox"/></p>		
<p>718.a. ← ENTREVISTADOR@. Verifique 602. ¿El usuario tiene 1 año o más? 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/></p>		
<p style="text-align: right;">d.</p> <p>c. Dolor de espalda o de cuello 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> → XIX <input type="checkbox"/></p>		

	d. Tensión alta (hipertensión)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XX	<input type="checkbox"/>
	e. Sobrepeso u obesidad	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XXI	<input type="checkbox"/>
	f. Diabetes o el azúcar alta en la sangre	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XXII	<input type="checkbox"/>
	g. Lesiones porque lo agredieron físicamente (incluye agresión sexual)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XXIII	<input type="checkbox"/>
	h. Una infección o enfermedad de transmisión sexual	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XVII	<input type="checkbox"/>
	i. VIH/SIDA	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XVIII	<input type="checkbox"/>
	718.b. ◀ ENTREVISTADOR @. Verifique 602 . ¿El usuario tiene 12 o más años?	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	718.c.	
	j. Planificación familiar o anticoncepción	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	X	<input type="checkbox"/>
	718.c. ◀ ENTREVISTADOR Verifique 602 y 605 ¿El usuario es hombre o mujer menor de 10 años?	Hombre menor de 10 años Hombre de 10 años o más Mujer menor de 10 años Mujer de 10 años o más	1 <input type="checkbox"/> → "m" 2 <input type="checkbox"/> → "719" 3 <input type="checkbox"/> → "m" 4 <input type="checkbox"/>		
		No	Sí		
	k. Control prenatal	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	VIII	<input type="checkbox"/>
	l. Citología del cuello del útero o vaginal o para recibir el resultado	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	IX	<input type="checkbox"/>
	718. d. ◀ ENTREVISTADOR . Verifique 602 . ¿El usuario tiene 10 años o más?	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	719	
718	m. Control de crecimiento y desarrollo	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XI	<input type="checkbox"/>
	n. Enfermedad Diarreica Aguda (menores de 10 años)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XII	<input type="checkbox"/>
	o. Infección Respiratoria Aguda (menores de 10 años)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XIII	<input type="checkbox"/>
	p. Desnutrición	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XIV	<input type="checkbox"/>
	q. Vacunación	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XXIV	<input type="checkbox"/>
719	◀ ENTREVISTADOR Revise 718 de la "a" a la "q" . ¿Se marcó alguna celda con sí?	Sí No		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>	
	◀ ENTREVISTADOR Revise 718 de la "a" a la "q". Identifique la primera alternativa marcada con SI, lea el capítulo ubicado al frente de esta celda y pase a dicho capítulo y una vez lo haya diligenciado vuelva a 718, marque el cuadro de verificación correspondiente y siga con el siguiente literal con respuesta Sí.				

VIII. DESPUES DE LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL					
801	¿Cuántos meses o cuántas semanas tiene _____ de embarazo?	____ ____	Semanas Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
802	¿Es este su primer control prenatal?		Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 805 2 <input type="checkbox"/>	
803	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía _____ cuando vino al primer control prenatal?	____ ____	Semanas Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
804	¿Cuántos controles prenatales ha tenido durante este embarazo?	____ ____			

805	En alguno de los controles prenatales o en este, si es el primero, ¿le han dicho que es bueno que su compañero o algún familiar venga con usted al control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
806	Voy a leerle varias frases. Dígame en cada caso si esa actividad la realizaron en esta consulta de control prenatal ¿La pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
807	¿Le midieron la altura de la barriga?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
808	¿Le tomaron la presión arterial?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
809	¿Le hicieron a _____ un examen general de la cabeza a los pies?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
810	¿Le escucharon la barriga?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
811	En algún control prenatal, le ordenaron o le hicieron a _____: ¿Exámenes de sangre?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
812	¿Un examen llamado VDRL o para sífilis?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
813	¿Un examen de orina?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
814	¿Una prueba para VIH/SIDA?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
815	¿Una citología vaginal?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
816	¿Una ecografía obstétrica, es decir un examen en donde le pasan un aparato frío por el abdomen y él bebe sale en un televisor?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
817	¿Le aplicaron vacunas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
818	¿La mandaron a atención odontológica?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
819	¿ En algún control prenatal le formularon ...?	Hierro Calcio	Sí No NRecuerda 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
820	Alguna vez en la consulta de control prenatal le hablaron a _____ sobre los siguientes temas: Importancia de dar sólo leche materna al bebé durante los primeros 6 meses	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

821	El evitar el consumo de alcohol, fumar o consumir medicamentos no formulados	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
822	Sobre signos de enfermedad que la obligan a consulta	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
823	Sobre la importancia de tener el parto en una institución de salud	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
824	Sobre los métodos para evitar quedar embarazada nuevamente	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
825	<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?</p>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

IX. MUJERES DESPUÉS DE LA CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO			
901	¿Es ésta la primera vez que se hace una citología de cuello uterino?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 903 2 <input type="checkbox"/>
902	¿Cuánto tiempo hace que le hicieron la anterior citología?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Años 3 <input type="checkbox"/> No recuerda 4 <input type="checkbox"/>
903	Antes de hacerle esta citología, ¿a _____ le explicaron en que consistía el examen?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
904	Antes de hacerle esta citología, ¿le explicaron la importancia del examen?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
905	¿le pidieron autorización a _____, antes de hacerle esta citología?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
906	¿_____ tuvo que comprar algún material para que le realizaran la citología? (Por ejemplo el espéculo o material de curación)	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
907	¿Ya le entregaron los resultados de la citología?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 910 2 <input type="checkbox"/>
908	¿Le dijeron que debía volver a consulta para conocer el resultado de la citología?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 913
909	¿Cuándo debe volver a consulta para conocer el resultado del examen?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Días 1 <input type="checkbox"/> → 919 Meses 2 <input type="checkbox"/> → 919
910	¿Le explicaron el resultado de la citología?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 913
911	¿Entendió _____ lo que le explicaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
912	¿El resultado de la citología fue normal o anormal?	Normal Anormal No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 915 3 <input type="checkbox"/>

913	¿Le dijeron que en el futuro debe volver a hacerse la citología?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 919
914	¿Dentro de cuánto tiempo?	____ ____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> → 919 2 <input type="checkbox"/> → 919 3 <input type="checkbox"/> → 919
915	¿Le ordenaron otro examen para confirmar el resultado de la citología?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 919
916	¿Cuál es el nombre del examen?	Colposcopia Biopsia Otro examen, ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
917	¿Le informaron en qué lugar o institución podría hacerse?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
918	¿Le explicaron los pasos que debía seguir para lograr hacerse el examen?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
919	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

X. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR O ANTICONCEPCIÓN			
1001	¿Asistió hoy ____ por primera vez a consulta de planificación familiar o es un control?	Consulta de primera vez Consulta de control Consulta adicional a las programadas ____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1002	¿El médico le explicó los métodos que existen para evitar el embarazo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1003	¿Principalmente qué método para evitar el embarazo está usando o va a usar usted o su pareja? (si no está usando ninguno)	Condón Píldora DIU Inyección Ligadura de trompas o esterilización Óvulos anticonceptivos, espuma o jalea Implantes subdérmicos Vasectomía o esterilización masculina Amenorrea por lactancia Abstinencia periódica, ritmo, calendario Retiro Anticoncepción de emergencia Otros métodos Aún no ha decidido Ninguno	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> → 1023 15 <input type="checkbox"/> → 1023
1004	¿Pudo usted elegir libremente el método que está usando o va a usar? (si no está usando ninguno)	Si No	1 <input type="checkbox"/> → 1006 2 <input type="checkbox"/>

1005	¿Quién lo decidió?	Fue el médico el que definió	1	<input type="checkbox"/>	
		Enfermera u otro personal de salud	2	<input type="checkbox"/>	
		Farmacéuta u otro personal de droguería	3	<input type="checkbox"/>	
		Acupunturista, bioenergético, naturista o similar	4	<input type="checkbox"/>	
		Curandero, tegua, brujo o empírico	5	<input type="checkbox"/>	
		Esposo(a) o compañero(a)	6	<input type="checkbox"/>	
		Padre, madre, madrastra, padrastro	7	<input type="checkbox"/>	
		Otro familiar	8	<input type="checkbox"/>	
		Novio(a), amante o amigovio(a)	9	<input type="checkbox"/>	
		Amigo, vecino o conocido	10	<input type="checkbox"/>	
		No responde	11	<input type="checkbox"/>	
1006	◀ ENTREVISTADOR Verifique pregunta 1003. ¿Es DIU, esterilización o implante?	DIU	1	<input type="checkbox"/> →1009	
		Ligadura	2	<input type="checkbox"/> →1013	
		Vasectomía	3	<input type="checkbox"/> →1017	
		Implante	4	<input type="checkbox"/> →1023	
		Otro	5	<input type="checkbox"/>	
1007	¿Le explicaron cómo usar correctamente su método de planificación familiar?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/> →1019	
1008	¿Entendió _____ cómo usar correctamente su método de planificación familiar?	Sí	1	<input type="checkbox"/> →1019	
		No	2	<input type="checkbox"/> →1019	
1009	¿Ya le pusieron el dispositivo intrauterino (churrusco o la T)?	Sí	1	<input type="checkbox"/> →1023	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
1010	¿Cuándo le van a poner el dispositivo intrauterino?	_____	Días	1	<input type="checkbox"/>
		_____	Meses	2	<input type="checkbox"/>
			No sabe	3	<input type="checkbox"/>
1011	¿Qué método va a utilizar mientras le ponen el dispositivo?	Condón	1	<input type="checkbox"/>	
		Píldora	2	<input type="checkbox"/>	
		Inyección	3	<input type="checkbox"/>	
		Óvulos anticonceptivos, espuma o jalea	4	<input type="checkbox"/>	
		Amenorrea por lactancia	5	<input type="checkbox"/>	
		Abstinencia periódica, ritmo, calendario	6	<input type="checkbox"/>	
		Retiro	7	<input type="checkbox"/>	
		Anticoncepción de emergencia	8	<input type="checkbox"/>	
		Otros métodos	9	<input type="checkbox"/>	
		Ninguno	10	<input type="checkbox"/> →1023	
		No ha decidido	11	<input type="checkbox"/> →1023	
1012	¿Sabe _____ cómo usar correctamente este método?	Sí	1	<input type="checkbox"/> →1019	
		No	2	<input type="checkbox"/> →1019	
		Tiene dudas	3	<input type="checkbox"/> →1019	
1013	¿Ya le hicieron la ligadura de trompas?	Sí	1	<input type="checkbox"/> →1023	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
1014	¿Dentro de cuánto tiempo le van a hacer la ligadura de trompas?	_____	Días	1	<input type="checkbox"/>
		_____	Meses	2	<input type="checkbox"/>
			No sabe	3	<input type="checkbox"/>

1015	¿Que método va a utilizar mientras le hacen la ligadura?	Condón	1	<input type="checkbox"/>	
		Píldora	2	<input type="checkbox"/>	
		DIU	3	<input type="checkbox"/> → 1023	
		Inyección	4	<input type="checkbox"/>	
		Óvulos anticonceptivos, espuma o jalea	5	<input type="checkbox"/>	
		Implantes subdérmicos	6	<input type="checkbox"/> → 1023	
		Amenorrea por lactancia	7	<input type="checkbox"/>	
		Abstinencia periódica, ritmo, calendario	8	<input type="checkbox"/>	
		Retiro	9	<input type="checkbox"/>	
		Anticoncepción de emergencia	10	<input type="checkbox"/>	
		Otros métodos	11	<input type="checkbox"/>	
		Ninguno	12	<input type="checkbox"/> → 1023	
		No ha decidido	13	<input type="checkbox"/> → 1023	
1016	¿Sabe usted cómo usar correctamente este método?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → 1019	
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1019	
		Tiene dudas	3	<input type="checkbox"/> → 1019	
1017	¿Ya le hicieron la vasectomía a _____ o a su pareja?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → 1023	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
1018	¿Dentro de cuánto tiempo le van a hacer la vasectomía a _____ o a su pareja?	_____	Días	1	<input type="checkbox"/> → 1023
		_____	Meses	2	<input type="checkbox"/> → 1023
		_____	No sabe	3	<input type="checkbox"/> → 1023
1019	ENTREVISTADOR Verifique preguntas 1003, 1011, 1015: ¿ eligió pastillas, inyección, óvulos o condón?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1023	
1020	¿El método que eligió se lo dieron o le toca comprarlo?	Se lo dieron todo	1	<input type="checkbox"/> → 1023	
		Le toca comprarlo todo	2	<input type="checkbox"/>	
		Le dieron una parte	3	<input type="checkbox"/>	
1021	¿Le dieron información sobre dónde puede conseguirlo?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
1022	¿Cree usted que en los próximos 7 días va a poder comprar el método que eligió o que usa?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
1023	¿Le dijeron que tenía que venir nuevamente a consulta de control?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1025	
1024	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a consulta de control?	_____	Días	1	<input type="checkbox"/>
		_____	Meses	2	<input type="checkbox"/>
		_____	Años	3	<input type="checkbox"/>
		_____	No responde	4	<input type="checkbox"/>
1025	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → ☒	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
					↓
					Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

XI. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MENORES DE 10 AÑOS						
1101	¿A cuántos controles de crecimiento y desarrollo han traído a _____?	_____		No sabe	8	<input type="checkbox"/>
						Si la respuesta es 1 PASE A 1103
1102	¿Qué edad tenía _____ cuando lo trajo a su primer control de crecimiento y desarrollo?	_____	Días	1	<input type="checkbox"/>	
		_____	Meses	2	<input type="checkbox"/>	
		_____	Años	3	<input type="checkbox"/>	
		_____	No sabe	4	<input type="checkbox"/>	
1103	En esta consulta de crecimiento y desarrollo de _____: ¿Lo examinaron?	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
		No	2	<input type="checkbox"/>		

1104	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1105	¿Le midieron la estatura o la longitud de _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1106	¿Le midieron la cabeza?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1107	¿Le explicaron cómo se encontraba el niñ@?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1108	¿Le revisaron el carné de vacunación?	Sí, y lo traía Sí, y no lo traía No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1109	¿Le explicaron sobre las vacunas y su importancia?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1110	¿Le explicaron cómo prevenir accidentes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1111	¿Le explicaron cómo jugar con su niñ@ para estimular su desarrollo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1112	¿Le explicaron cómo corregir y educar al niñ@?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1113	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 602 ¿Tiene 3 meses de edad o menos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1119
1114	En esta consulta de crecimiento y desarrollo de _____: ¿Le explicaron sobre la importancia de darle sólo leche materna?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1115	¿Le explicaron sobre cómo cuidar el ombligo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1116	¿Le explicaron sobre el baño diario y el aseo de los genitales?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1117	¿Le explicaron sobre la importancia de sacarlo al sol y cuidarle la piel?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1118	¿Le explicaron sobre el sueño del bebé y las diferencias en el llanto?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 1125 2 <input type="checkbox"/> → 1125
1119	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 602. ¿Tiene entre 4 y 9 meses?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1123
1120	En esta consulta de crecimiento y desarrollo de _____: ¿Le explicaron cómo iniciarlo en el consumo de otros alimentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1121	¿Le explicaron que el bebé no debe dormir con los papás?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1122	¿Le explicaron cómo mantener limpios la boca y los dientes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 1125 2 <input type="checkbox"/> → 1125

1123	En esta consulta de crecimiento y desarrollo de _____: ¿Le explicaron cómo alimentar a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1124	¿Le explicaron cómo mantener limpios los dientes de _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1125	¿Le dijeron cuándo debía volver _____ a consulta de crecimiento y desarrollo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1127
1126	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a consulta de control?	_ _ _ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1127	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió SÍ.

XII. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE NIÑ@ CON ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA			
1201	¿Hace cuantos días le comenzó la diarrea a _____?	_ _ _ Días	
1202	De las siguientes actividades, ¿Cuáles le realizaron a _____ en la atención de hoy?		
	¿Le dieron o pusieron suero?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1203 ^a	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1204	¿Le midieron la estatura?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1205	¿Le hicieron algún examen de laboratorio?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1206	¿Le enseñaron cómo preparar el suero?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1207	¿Le explicaron cómo alimentar a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1208	¿Le explicaron cuáles líquidos puede darle a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1209	¿Le explicaron por qué se enfermó _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1210	¿Le enseñaron cuáles signos de alarma indican que su niñ@ se está agravando?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1211	¿Le enseñaron cómo preparar de forma adecuada los alimentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1212	¿Le formularon algún medicamento a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1218

1213	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1215
1214	¿Entendió usted cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1215	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1216	Los medicamentos que le formularon a _____, ¿ los tienen que comprar, o se los dan?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1218 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1217	En los PRÓXIMOS 7 DÍAS, ¿van a poder comprar los medicamentos que le formularon a _____?	Sí, todos Sí, pero sólo una parte No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1218	¿Le dijeron que debía traer nuevamente a _____ a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1220
1219	¿Dentro de cuánto tiempo debe traer nuevamente a _____ a control?	_ _ _ Días Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1220	<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?</p>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

XIII. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE NIÑ@ CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA			
1301	¿Hace cuántos días le comenzaron los problemas respiratorios a _____?	_ _ _ Días	
1302	<p>Cuáles de las siguientes actividades se realizaron a _____ en la atención de hoy :</p> <p>¿Lo examinaron?</p>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1303	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1304	¿Le midieron la estatura?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1305	¿Le hicieron o le ordenaron algún examen de laboratorio o de radiología?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1306	¿Le explicaron cómo alimentarlo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1307	¿Le explicaron qué líquidos puede darle a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1308	¿Le explicaron porqué se enfermó?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1309	¿Le enseñaron cuáles signos indican que _____ se está agravando?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1310	¿Le formularon terapia respiratoria?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1312
1311	¿Le explicaron cómo hacerla?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1312	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1318
1313	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1315
1314	¿Entendió usted cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1315	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1316	Los medicamentos que le formularon a _____ ¿los tienen que comprar, o se los dan?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1318 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1317	En los PRÓXIMOS 7 DÍAS, ¿van a poder comprar los medicamentos que le formularon a _____?	Sí, todos Sí, sólo una parte No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1318	¿Le dijeron que debía traer nuevamente a _____ a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1320
1319	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a traer a _____ a control?	_____ _____	Días Meses 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1320	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

XIV. ATENCIÓN DE NIÑ@ CON DESNUTRICIÓN			
1401	¿Hace cuánto le diagnosticaron desnutrición a _____?	_____ _____	Días Meses Años En esta consulta 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1402	Desde que están tratando a _____ por la desnutrición, ¿lo han remitido alguna vez a consulta con la nutricionista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1403	Cuáles de las siguientes actividades se realizaron en esta consulta de _____ ¿Lo examinaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1404	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1405	¿Le midieron la estatura?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1406	¿Le hicieron algún examen de laboratorio?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1407	¿Le explicaron cómo se encontraba de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1408	¿Le explicaron qué alimentos debía darle?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1409	¿Le formularon alguna vitamina o suplemento nutricional a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1410	¿Le dijeron en dónde podía conseguir ayuda para mejorar la nutrición?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1411	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1417
1412	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos/vitaminas a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1414
1413	¿Entendió usted cómo darle los medicamentos/vitaminas a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1414	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos/vitaminas que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1415	Los medicamentos/vitaminas que le formularon, ¿los tienen que comprar, o se los dan?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1417 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1416	En los PRÓXIMOS 7 DÍAS, ¿van a poder comprar los medicamentos formulados a _____?	Sí, todos Sí, sólo una parte No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1417	¿Le dijeron que debía traer a _____ a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1419
1418	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a traer a _____ a control?	_____ _____ Días Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1419	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.	1 <input type="checkbox"/> → ☒ 2 <input type="checkbox"/> ↓

XV. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA				
1501	¿Qué le hicieron en esta consulta? (lea alternativas de respuesta)		Si	No
		a Primera consulta (valoración inicial)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		b Calza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		c Extracción dental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		d Limpieza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		e Tratamiento de conductos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		f Le aplicaron flúor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		g Le pusieron sellantes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		h Le pusieron o le van a poner una prótesis (uno o más dientes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		i. Cirugía bucal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		j Ortodoncia y/o ortopedia _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
k. Tratamiento para sensibilidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		

1502	En algún momento de la atención odontológica recibida: ¿Le explicaron qué problemas tenía _____ en la boca o dientes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1503	¿Le explicaron lo que le iban a hacer y los riesgos que ello implicaba?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1504	¿Le preguntaron si _____ estaba de acuerdo con lo que pensaban hacerle?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1505	¿Le explicaron cómo lavarse los dientes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1506	¿Le explicaron cómo usar la seda dental?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1507	¿Le formularon a _____ algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1511
1508	¿Le explicaron cómo usar los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1509	¿Le explicaron que hacer para obtener los medicamentos recetados?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1510	Los medicamentos que le formularon, ¿los tienen que comprar, o se los dan?	Los tienes que comprar todos Se los dan todos Tiene que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1511	¿Le dijeron que debía volver _____ a consulta de control, o para terminar el tratamiento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1513
1512	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a la próxima consulta?	____ ____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> → 1516 2 <input type="checkbox"/> → 1516 3 <input type="checkbox"/> → 1516
1513	¿Tiene algún problema en los dientes o la boca para el que aún requiere tratamiento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1516
1514	Dentro de los PRÓXIMOS 30 DÍAS, ¿va a buscar tratamiento para el problema que aún tiene?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> → 1516 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 1516

1515	¿Cuál es la principal razón para no buscar el tratamiento pendiente, dentro de los PRÓXIMOS 30 DÍAS? (<i>Espera respuesta</i>)	Le hacen esperar mucho para atenderlo	1 <input type="checkbox"/>
		La consulta es muy cara o no tiene dinero	2 <input type="checkbox"/>
		Le da miedo, nervios o pena	3 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no tiene tiempo	4 <input type="checkbox"/>
		Mala atención	5 <input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	6 <input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	7 <input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	8 <input type="checkbox"/>
		No le cubren o no le autorizan la atención	9 <input type="checkbox"/>
		No le gusta ir	10 <input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	11 <input type="checkbox"/>
		No lo considera necesario, por ahora	12 <input type="checkbox"/>
		Sitio de atención es muy lejano	13 <input type="checkbox"/>
1516	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		↓	
		Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.	

XVI. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO			
1601	¿Cuándo ocurrió el accidente de tránsito por el cual _____ está recibiendo atención?	_ _ / _ _ / _ _ Día Mes Año	
1602	¿La institución tenía todos los materiales y medicamentos que se necesitaban para atenderlo, o tuvieron que comprar algo por fuera?	La institución tenía todo	1 <input type="checkbox"/>
		Le tocó comprar algunas cosas para el tratamiento,	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
1603	Dígame cuáles de las siguientes actividades le realizaron a _____ durante esta atención: ¿Lo examinó un médico general?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
1604	¿Lo examinó algún médico especialista?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
1605	¿Le hicieron exámenes de laboratorio?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
1606	¿Le hicieron rayos X u otro examen de diagnóstico a _____?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1607	¿Lo suturaron (cosieron) o le hicieron curaciones en la piel?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1608	¿Le hicieron alguna operación o cirugía?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1609	¿Le inmovilizaron (enyesaron) alguna parte del cuerpo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1610	← ENTREVISTADOR Revise las preguntas de la 1605 a la 1609. ¿En alguna respondió sí?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1612
1611	¿Le pidieron a usted o a su acudiente autorización para hacer los procedimientos requeridos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>

1612	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1617
1613	¿Le explicaron cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1615
1614	¿Entendió _____ cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1615	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1616	Los medicamentos que le formularon, ¿los tienen que comprar, o se los dan?	Los tiene que comprar todos Se los dan todos Tiene que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1617	El personal que lo atendió, ¿le explicó al final cuál era su estado de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1619
1618	¿Entendió _____ lo que le explicaron sobre su salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1619	¿Le dijo la persona que lo atendió que debía volver a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1621
1620	¿Dentro de cuánto tiempo tiene que volver _____ a la consulta de control?	_____ _____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1621	¿La atención de hoy fue para rehabilitación?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 1623 2 <input type="checkbox"/>
1622	¿Le dieron orden para rehabilitación?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1623	¿Cuántos días de incapacidad le han dado por las lesiones sufridas en el accidente de tránsito?	_____ _____ _____ días	
1624	<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?</p>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

XVII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
1701	¿Hace cuánto tiempo le comenzaron los síntomas por los cuáles consultó hoy?	_____ _____ Días Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1702	<p>¿Cuáles de las siguientes actividades le realizaron a _____ en la atención de hoy?</p> <p>¿Lo(a) examinaron?</p>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1703	¿Le hicieron algunas preguntas sobre su vida íntima, como sus prácticas sexuales?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1704	¿Le ordenaron algún examen de laboratorio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1705	¿Le explicaron cómo se transmite esa enfermedad?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1706	¿Le explicaron qué puede hacer para evitar que esa enfermedad le vuelva a dar?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1707	¿Le recomendaron el uso de condón?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1708	¿Le explicaron cómo usar correctamente el condón?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1709	¿Le explicaron qué hacer si le vuelven a aparecer los síntomas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1710	¿Entendió usted lo que tiene que hacer para evitar enfermarse nuevamente?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1711	¿Le formularon algún medicamento a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1717						
1712	¿Le explicaron cómo usar los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1714						
1713	¿Entendió usted cómo usar los medicamentos que le formularon?	Sí No Parcialmente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>						
1714	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
1715	Los medicamentos que le formularon, ¿los tienen que comprar, o se los dan?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1717 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>						
1716	En los PRÓXIMOS 7 DÍAS ¿van a poder comprar los medicamentos que le formularon?	Sí los podremos comprar todos Sólo podremos comprar algunos No los podremos comprar No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>						
1717	¿Le dijeron que debía volver nuevamente a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1719						
1718	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a consulta de control?	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Días</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Meses</td> </tr> </table>			Días			Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		Días							
		Meses							
1719	<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p style="text-align: center;">Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → ☒</p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>						

XVIII. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA			
1801	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la infección por VIH/SIDA?	_ _ _	Días <input type="checkbox"/> 1 Meses <input type="checkbox"/> 2 Años <input type="checkbox"/> 3 En esta consulta <input type="checkbox"/> 4 → 1815
1802	Cuáles de los siguientes procedimientos le han realizado desde que está en tratamiento por VIH/SIDA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
	¿Consulta por médico general?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1803	¿Consulta por médico especialista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1804	¿Consulta por enfermera?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1805	¿Consulta por psicolog@/ psiquiatr@?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1806	¿Consulta por nutricionista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1807	¿Consulta por trabajo social?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1808	¿Un examen que se llama carga viral?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
1809	¿Está usted usando tratamiento antirretroviral, es decir tomando medicamentos para tratar el VIH?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1814
1810	¿Cuándo comenzó a usar este tratamiento?	_ _ _ / _ _ _	mes año
1811	¿Los medicamentos antirretrovirales se los dan, o le toca comprarlos?	Los tienen que comprar todos <input type="checkbox"/> 1 Se los dan todos <input type="checkbox"/> 2 Tienen que comprar una parte <input type="checkbox"/> 3 No sabe <input type="checkbox"/> 4	
1812	En el ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy, ¿alguna vez ha suspendido el tratamiento antirretroviral por un mes o más?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1814

1813	¿Por qué razón(es) suspendió el tratamiento en el ÚLTIMO AÑO? <i>Espere respuesta, puede marcar varias razones</i>	a. No había medicamentos disponibles en la EPS/ARS/IPS b. No toleró el medicamento c. La EPS no le reconocía el medicamento/ no tiene dinero para comprarlo d. Se sintió bien y decidió suspender el tratamiento por un tiempo e. Tuvo algunas complicaciones en su salud f. No tenía la fórmula vigente g. El médico le ordenó suspenderlo h. Le preocupa la adicción i. Mucho trámite en EPS/ARS/IPS j. Dejó de ir a control k. No sabe dónde le suministran el medicamento l. Sitio donde entregan el medicamento muy lejano m. Los horarios para entrega de medicamentos no le sirven n. No ha sacado tiempo para obtener medicamento	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
1814	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de su infección generalmente lo atiende el mismo médico o alguien diferente en cada ocasión?	Generalmente el mismo médico Alguien diferente cada vez	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1815	En esta consulta, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1817
1816	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver al control?	____ ____ Días Meses No responde	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1817	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓

XIX. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DOLOR DE ESPALDA O CUELLO			
1901	¿Hace cuánto le comenzaron los síntomas en espalda y cuello por los cuales consultó hoy?	____ ____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1902	¿La persona que lo atendió le explicó qué tenía en la espalda o cuello?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1903	Cuáles de las siguientes actividades le realizaron a _____ en la atención de hoy: ¿Lo examinaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1904	¿Le ordenaron alguna radiografía o examen diagnóstico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1905	¿Le explicaron a _____ qué podía hacer para evitar esa enfermedad?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1906	¿Le recomendaron hacer ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1907	¿Le explicaron cómo levantar correctamente los objetos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1908	¿Le explicaron cómo reducir el estrés?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1909	¿Remitieron a _____ a una consulta con el psicólogo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1910	¿Remitieron a _____ a fisioterapia?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1911	¿Le recomendaron bajar de peso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1912	¿Le formularon algún medicamento a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1918
1913	¿Le explicaron cómo usar los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1915
1914	¿Entendió _____ cómo usar los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1915	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1916	Los medicamentos que le formularon, ¿los tiene que comprar, o se los dan?	Los tiene que comprar todos Se los dan todos Tiene que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1918 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> → 1918
1917	En los PRÓXIMOS 7 DÍAS ¿van a poder comprar los medicamentos que le formularon?	Sí los podremos comprar todos Sólo podremos comprar algunos No los podremos comprar No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1918	¿Le dijeron que debía volver a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1920
1919	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver _____ a consulta de control?	_ _ _	Días Meses 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1920	¿La atención de hoy fue para rehabilitación?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 1922 2 <input type="checkbox"/>
1921	¿Le dieron orden para rehabilitación?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1922	¿Cuántos días de incapacidad le han dado a ___ por este dolor de espalda o cuello?	_ _ _	días
1923	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ☒ 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

XX. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
2001	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la Hipertensión arterial?	_ _ _	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Años 3 <input type="checkbox"/> En esta consulta 4 <input type="checkbox"/>
2002	Cuáles de las siguientes recomendaciones le han hecho para la hipertensión:		
	¿No fumar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2003	¿Aprender a manejar el estrés de la vida diaria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2004	¿Bajar de peso?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2005	¿Reducir el consumo de alcohol?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2006	¿Realizar ejercicio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2007	¿Reducir el consumo de sal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2008	¿Reducir el consumo de grasas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2009	¿Hacerse exámenes para saber cuánta grasa tiene en la sangre?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2009. a	← ENTREVISTADOR: Revise 2001. ¿La respuesta fue la opción 4 (en esta consulta)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2024 2 <input type="checkbox"/>
2010	Cuáles de los siguientes procedimientos le han realizado a _____ para el tratamiento de la hipertensión		
	¿Consulta por médico general?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
2011	¿Consulta por médico especialista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
2012	¿Consulta por psicólogo/ psiquiatra?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
2013	¿Consulta por nutricionista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
2014	¿Entrenamiento en cómo se hace ejercicio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año
2015	¿Examen de colesterol y triglicéridos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> _ _ _ / _ _ _ mes año

2018	Desde que le diagnosticaron la hipertensión, ¿Cada cuánto se mide la presión arterial?	Cada __ __	Días Meses Años No se la mide Todos los días	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
2019	¿Actualmente está consumiendo medicamentos para la presión arterial alta?	Sí No		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2021
2020	¿Los medicamentos para la presión se los dan, o los tiene que comprar?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2021	En el ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy, ¿Alguna vez ha suspendido el tratamiento por un mes o más?	Sí No		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2023
2022	¿Cuál fue la principal razón para suspender los medicamentos en el ÚLTIMO AÑO? <i>Espere respuesta</i>	No había medicamentos disponibles en la EPS/ARS/IPS No tolera el medicamento La EPS/RS no le reconocía el medicamento / No tenía dinero para comprarlo Se sintió bien y decidió suspender el tratamiento por un tiempo Tuvo algunas complicaciones de salud No tenía la fórmula vigente El médico le ordenó suspenderlo Le preocupa la adicción Mucho trámite en EPS/ARS/IPS Dejó de ir a control No sabe dónde le suministran el medicamento Sitio donde entregan el medicamento muy lejano Los horarios para entrega de medicamentos no le sirven No ha sacado tiempo para obtener medicamento		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
2023	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de la hipertensión generalmente lo atiende el mismo médico o alguien diferente en cada ocasión?	Generalmente el mismo médico Alguien diferente cada vez		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2024	En la última consulta, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2026
2025	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a consulta de control?	__ __	Días Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2026	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718 ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No		1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.

XXI DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON OBESIDAD O SOBREPESO				
2101	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron a _____ obesidad o sobrepeso?	__ __	Días Meses Años En esta consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2102	Cuáles de las siguientes recomendaciones le han hecho para la obesidad o el sobrepeso: ¿No fumar?	Sí No		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

2103	¿Aprender a manejar el estrés de la vida diaria?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2104	¿Bajar de peso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2105	¿Reducir el consumo de alcohol?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2106	¿Realizar ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2107	¿Reducir el consumo de sal?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2108	¿Reducir el consumo de grasas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2109	¿Hacerse exámenes para saber cuanta grasa tiene en la sangre?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2110	¿Reducir el consumo de harinas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2111	¿Reducir el consumo de dulces?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2111. a	• ENTREVISTADOR: Revise 2101. ¿La respuesta fue la opción 4 (en esta consulta)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 2124 2 <input type="checkbox"/>
2112	Cuáles de los siguientes procedimientos le han realizado para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso: ¿Consulta por médico general?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2113	¿Consulta por médico especialista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2114	¿Consulta por psicología/ psiquiatría?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2115	¿Consulta por nutricionista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2116	¿Entrenamiento en cómo se hace ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2117	¿Examen de colesterol y triglicéridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2120	¿Examen del azúcar en la sangre o en orina?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> _ _ / _ _ mes año
2121	¿Actualmente está consumiendo medicamentos para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2123

2122	¿Los medicamentos para la obesidad se los dan, o tienen que comprarlos?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>									
2123	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso generalmente lo atiende el mismo médico o alguien diferente en cada ocasión?	Generalmente el mismo médico Alguien diferente cada vez	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>									
2124	En esta consulta, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2126									
2125	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a consulta de control?	<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>Días</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Meses</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Años</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	_____	Días	1 <input type="checkbox"/>	_____	Meses	2 <input type="checkbox"/>	_____	Años	3 <input type="checkbox"/>	
_____	Días	1 <input type="checkbox"/>										
_____	Meses	2 <input type="checkbox"/>										
_____	Años	3 <input type="checkbox"/>										
2126	<p>← ENTREVISTADOR</p> Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió SÍ.									

XXII DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES															
2201	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la diabetes?	<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>Días</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Meses</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Años</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>En esta consulta</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	_____	Días	1 <input type="checkbox"/>	_____	Meses	2 <input type="checkbox"/>	_____	Años	3 <input type="checkbox"/>	_____	En esta consulta	4 <input type="checkbox"/>	
_____	Días	1 <input type="checkbox"/>													
_____	Meses	2 <input type="checkbox"/>													
_____	Años	3 <input type="checkbox"/>													
_____	En esta consulta	4 <input type="checkbox"/>													
2202	<p>Cuáles de las siguientes recomendaciones le han hecho para la diabetes:</p> ¿No fumar?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2203	¿Aprender a manejar el estrés de la vida diaria?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2204	¿Bajar de peso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2205	¿Reducir el consumo de alcohol?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2206	¿Realizar ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2207	¿Reducir el consumo de grasas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2208	¿Hacerse exámenes para saber cuanta grasa tiene en la sangre?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2209	¿Reducir el consumo de harinas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2210	¿Reducir el consumo de dulces?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												
2211	¿Medir regularmente el nivel de azúcar en la sangre o en la orina?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>												

2211. a	◀ ENTREVISTADOR: Revise 2201. ¿La respuesta fue la opción 4 (en esta consulta)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 2228 2 <input type="checkbox"/>
2212	Cuáles de los siguientes procedimientos le han realizado para el tratamiento de la diabetes: ¿Consulta por médico general?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2213	¿Consulta por médico especialista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2214	¿Consulta por psicología/ psiquiatría?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2215	¿Consulta por nutricionista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2216	¿Entrenamiento en cómo se hace ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2217	¿Examen del colesterol y triglicéridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2220	¿Examen del azúcar en sangre o en orina?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2221	¿Control de presión arterial?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ mes año
2222	¿Utiliza algún aparato o método para medirse en su casa, el nivel de azúcar en la sangre o en la orina?	a. Sí, glucómetro b. Si, tiras para orina c. Si, otro ¿Cuál? _____ d. No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> → 2224
2223	¿Cada cuánto se mide _____ el nivel de azúcar en su casa?	__ __ Veces	Al día 1 <input type="checkbox"/> A la semana 2 <input type="checkbox"/> Al mes 3 <input type="checkbox"/>
2224	¿Está ahora aplicándose insulina u otro medicamento para la diabetes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2226
2225	¿Los medicamentos para la diabetes se los dan, o tienen que comprarlos?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tienen que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2226	En esta consulta, ¿le examinaron los ojos y los pies?	Ambos Sólo los ojos Sólo los pies Ninguno	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2227	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de la diabetes generalmente lo atiende el mismo médico o alguien diferente en cada ocasión?	Generalmente el mismo médico Alguien diferente cada vez	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2228	En esta consulta, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2230
2229	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver _____ a consulta de control?	__ __	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>

2230	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		↓	
		Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.	

XXIII. LESIONES POR AGRESIÓN FÍSICA (INCLUYE AGRESION SEXUAL)			
2301	¿Cuándo ocurrió la agresión física por la cual está recibiendo atención?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ día mes año	
2302	¿La institución tenía todos los materiales y medicamentos o tuvieron que comprar algo por fuera?	La institución tenía todo y no le pidieron nada en particular Le tocó comprar algunas cosas para el tratamiento	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2303	Cuáles de estas actividades le realizaron a _____ durante esta atención: ¿Lo examinó un médic@ general?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
2304	¿Lo examinó algún médic@ especialista?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
2305	¿Le ordenaron o hicieron exámenes de laboratorio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2306	¿Le ordenaron o hicieron rayos X u otro examen de diagnóstico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2307	¿Lo suturaron (cosieron) o le hicieron curaciones en la piel?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2308	¿Le hicieron alguna operación o cirugía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2309	¿Le inmovilizaron (enyesaron) alguna parte del cuerpo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2310	← ENTREVISTADOR Revise las preguntas de la 2305 a la 2309. ¿En alguna respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2312
2311	¿Le pidieron a usted o a su acudiente autorización para hacerle los procedimientos requeridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2312	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2317
2313	¿Le explicaron cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2315
2314	¿Entendió usted cómo debe consumir los medicamentos?	Sí entendió No entendió	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2315	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

2316	Los medicamentos que le formularon, ¿ los tienen que comprar o se los dan?	Los tienen que comprar todos Se los dan todos Tiene que comprar una parte No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2317	El personal que lo atendió, ¿le explicó al final cuál era su estado de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2320
2318	¿Entendió _____ lo que el médico le explicó sobre su salud?	Sí No Parcialmente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
2319	¿Le dijo la persona que lo atendió que debía volver a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 2321
2320	¿Dentro de cuánto tiempo tiene que volver a la consulta de control?	_____ _____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
2321	¿La atención de hoy fue para rehabilitación?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 2323 2 <input type="checkbox"/>
2322	¿Le dieron orden para rehabilitación?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2323	¿Cuántos días de incapacidad le han dado por las lesiones sufridas?		_____ _____ días
<p>☛ ENTREVISTADOR <i>Lea: Quiero recordarle que sus respuestas son confidenciales, es decir nadie va a asociar su nombre con las respuestas, así que puede hablarme con toda sinceridad.</i></p>			
2324	¿Qué relación tiene ____ con la persona que le agredió físicamente?	Es su Padre/padrastro Es su Madre/ madrastra Es su Hij@/hijastr@ Es su Herman@/hermanastr@ Es su esposo(a) /compañero/pareja Es su Exesposo(a)/excompañero Es su Novio(a) Es su Pariente Es su Amigo Es otra persona conocida Es otra persona desconocida No responde	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
2325	☛ ENTREVISTADOR Revise la pregunta 718. ¿Ya hizo las preguntas de todos los temas en que respondió sí?	Sí No Pase a la sección indicada en el siguiente literal de la pregunta 718 en que respondió Sí.	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓

