

<b>CONFIDENCIAL</b> La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos	<b>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL          ENCUESTA NACIONAL DE SALUD          2007          MÓDULO 3 – NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS</b>	<b>Número de identificación muestral:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	---	---

I. IDENTIFICACIÓN	
-------------------	--

<b>101</b>	Vivienda No.:	_	_
<b>102</b>	Hogar:	_ _	de  _ _
<b>103</b>	Nombre y número de orden de la persona que responde:	_	_
<b>104</b>	Nombre y número de orden del niñ@:	_	_
<b>104.a</b>	¿Cuál es la fecha de nacimiento de _____?	_ _	_ _
	Día	_ _	_ _
	Mes	_ _	_ _
	Año	_ _	_ _
<b>105</b>	Edad del niñ@:	_ _	Meses 1 <input type="checkbox"/> Años 2 <input type="checkbox"/>

II. DATOS DE CONTROL				
----------------------	--	--	--	--

201. Resultado de las visitas de hogar				
--	--	--	--	--

Visita	Fecha			Hora inicio	Hora fin	Resultado
	Día	Mes	Año			
1	_	_	_ _	_ : _	_ : _	_  ↓
2	_	_	_ _	_ : _	_ : _	_  ↓
3	_	_	_ _	_ : _	_ : _	_  ↓

CÓDIGOS DE RESULTADO		
----------------------	--	--

1. Completa 2. Incompleta 3. Rechazo	4. Ausente momentáneo 5. Ausente no recuperable	8. Otro: _____
--	--	----------------

<b>204. Entrevistador@:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>205. Supervisor@:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>206. Resultado final:</b>  _ _

VI. CUIDADO DE MENORES	
------------------------	--

<b>601</b>	¿Dónde o con quién permanece _____ durante la mayor parte del tiempo entre semana?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Asiste a un hogar comunitario, guardería o preescolar</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1<input type="checkbox"/> → <b>603</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Asiste a una escuela o colegio</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2<input type="checkbox"/> → <b>VII</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Con su padre o madre en la casa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Con su padre o madre en el trabajo</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">4<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Al cuidado de una empleada o niñera en la casa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">5<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Al cuidado de un pariente de 18 años o más</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">6<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Al cuidado de un pariente menor de 18 años</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">7<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Al cuidado de vecinos y amigos</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">8<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">En casa solo</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">9<input type="checkbox"/> → <b>VII</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">En casa, únicamente con menores que él</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">10<input type="checkbox"/> → <b>VII</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">En otro sitio y/o al cuidado de otra persona</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">11<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Asiste a un hogar comunitario, guardería o preescolar	1 <input type="checkbox"/> → <b>603</b>	Asiste a una escuela o colegio	2 <input type="checkbox"/> → <b>VII</b>	Con su padre o madre en la casa	3 <input type="checkbox"/>	Con su padre o madre en el trabajo	4 <input type="checkbox"/>	Al cuidado de una empleada o niñera en la casa	5 <input type="checkbox"/>	Al cuidado de un pariente de 18 años o más	6 <input type="checkbox"/>	Al cuidado de un pariente menor de 18 años	7 <input type="checkbox"/>	Al cuidado de vecinos y amigos	8 <input type="checkbox"/>	En casa solo	9 <input type="checkbox"/> → <b>VII</b>	En casa, únicamente con menores que él	10 <input type="checkbox"/> → <b>VII</b>	En otro sitio y/o al cuidado de otra persona	11 <input type="checkbox"/>
Asiste a un hogar comunitario, guardería o preescolar	1 <input type="checkbox"/> → <b>603</b>																							
Asiste a una escuela o colegio	2 <input type="checkbox"/> → <b>VII</b>																							
Con su padre o madre en la casa	3 <input type="checkbox"/>																							
Con su padre o madre en el trabajo	4 <input type="checkbox"/>																							
Al cuidado de una empleada o niñera en la casa	5 <input type="checkbox"/>																							
Al cuidado de un pariente de 18 años o más	6 <input type="checkbox"/>																							
Al cuidado de un pariente menor de 18 años	7 <input type="checkbox"/>																							
Al cuidado de vecinos y amigos	8 <input type="checkbox"/>																							
En casa solo	9 <input type="checkbox"/> → <b>VII</b>																							
En casa, únicamente con menores que él	10 <input type="checkbox"/> → <b>VII</b>																							
En otro sitio y/o al cuidado de otra persona	11 <input type="checkbox"/>																							

602	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por la persona que cuida a _____?	Sin educación	1 <input type="checkbox"/>	} VII
		Primaria	2 <input type="checkbox"/>	
		Secundaria	3 <input type="checkbox"/>	
		Técnico o tecnológico	4 <input type="checkbox"/>	
		Universitario	5 <input type="checkbox"/>	
		No sabe	6 <input type="checkbox"/>	
603	¿A qué tipo de hogar comunitario, guardería o preescolar asiste _____?	Hogar comunitario de Bienestar Familiar	1 <input type="checkbox"/>	
		Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar	2 <input type="checkbox"/>	
		Jardín, casa vecinal, jardín social del Bienestar Social del Distrito (Bogotá)	3 <input type="checkbox"/>	
		Otra guardería, preescolar o jardín oficial	4 <input type="checkbox"/>	
		Guardería, preescolar o jardín privado	5 <input type="checkbox"/>	

### VII. MORBILIDAD SENTIDA, DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

702	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿ha tenido _____ algún problema <b>dental o en la boca</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
704	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿tuvo _____ alguna <b>lesión</b> , causada por accidentes o por violencia?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
706	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿tuvo _____ alguna, <b>intoxicación o envenenamiento</b> causado por accidente, intento de suicidio o por terceros?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
707	<b>ENTREVISTADOR. Verifique 105</b> ¿Tiene menos de 1 año?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 711
		No	2 <input type="checkbox"/>
709	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿ha tenido _____ algún <b>problema mental, emocional o de los nervios</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
711	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿ha tenido _____ alguna <b>enfermedad o problema de salud diferente</b> a los mencionados	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
712	<b>ENTREVISTADOR. Revise 702 a 711 (Excluyendo 707)</b> ¿Todas las respuestas fueron NO?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 718
		No	2 <input type="checkbox"/>
713	<b>ENTREVISTADOR. Verifique 105</b> ¿Tiene menos de 1 año?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 716
		No	2 <input type="checkbox"/>
714	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿durante cuántos días _____ estuvo en cama por sus problemas de salud?	_ _	30 días 1 <input type="checkbox"/> → 716
715	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿durante cuántos días _____ jugó o comió menos de lo normal por sus problemas de salud, sin contar los días ( <i>cantidad de días de 714</i> ) en que estuvo en la cama?	_ _	
<p>➤ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Verifique la suma del valor registrado en 714 y 715; este valor no puede superar 30 días.</p>			
716	Por alguno de los problemas de salud que ha sentido _____ en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿han consultado o buscado ayuda?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 719
		No	2 <input type="checkbox"/>

717	¿Cuál fue la principal razón por la que no consultaron o buscaron ayuda? <i>(Espere respuesta)</i>	Le hacen esperar mucho para atenderlo 1 <input type="checkbox"/> Descuido 2 <input type="checkbox"/> El problema se resolvió solo o se ha sentido bien 3 <input type="checkbox"/> El seguro no cubría no le autorizaron la atención 4 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo atendieron 5 <input type="checkbox"/> La consulta es muy cara o no tenía dinero 6 <input type="checkbox"/> Le dio miedo, nervios o pena 7 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven o no tenía tiempo 8 <input type="checkbox"/> Mala atención 9 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 10 <input type="checkbox"/> No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 11 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 12 <input type="checkbox"/> No le gusta ir 13 <input type="checkbox"/> No sabía que tenía derecho 14 <input type="checkbox"/> No sabe dónde prestan el servicio 15 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 16 <input type="checkbox"/> Pensó que no era necesario consultar 17 <input type="checkbox"/> Sitio de atención es muy lejano 18 <input type="checkbox"/>	
718	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS contados hasta hoy, ¿consultó o buscó ayuda con alguna persona o institución por asuntos relacionados con la salud de _____ (aunque se haya sentido bien últimamente)?	Sí	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 720
719	¿Cuántas veces consultaron o buscaron ayuda en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	_ _ _  → 722	
720	¿Cuándo fue la última vez que buscaron ayuda de alguna persona o institución por asuntos relacionados con la salud de _____?	Día  _ _ _  Mes  _ _ _  Año  _ _ _ _ _ _ _ _  No recuerda	1 <input type="checkbox"/>
721	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 720. ¿Hace 12 meses o menos?	Sí	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 729
722	La última vez que buscaron ayuda por asuntos relacionados con la salud de _____, ¿a quién consultaron?	Médico 1 <input type="checkbox"/> Enfermera u otro personal de salud 2 <input type="checkbox"/> Dentista, Odontólogo o higienista oral 3 <input type="checkbox"/> Farmaceuta o persona de droguería 4 <input type="checkbox"/> Acupunturista, bioenergético, naturista o similar 5 <input type="checkbox"/> Curandero, tegua, brujo o empírico 6 <input type="checkbox"/> Amigo, familiar, vecino o conocido 7 <input type="checkbox"/>	
723	La última vez que buscaron ayuda por asuntos relacionados con la salud de _____, ¿quién pagó la mayor parte de los gastos por la atención recibida?	La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/> Plan de medicina prepagada, o seguro privado 2 <input type="checkbox"/> SOAT 3 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud o alcaldía (vinculados) 4 <input type="checkbox"/> Usted o alguien de su hogar con recursos propios 5 <input type="checkbox"/> Otra persona con recursos propios 6 <input type="checkbox"/> Patrón o empleador 7 <input type="checkbox"/> No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/> Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 9 <input type="checkbox"/>	

724	La última vez que buscaron ayuda por asuntos relacionados con la salud de _____, ¿a dónde consultaron? (leer opciones de respuesta)	Hospital, o clínica del gobierno 1 <input type="checkbox"/> Centro o puesto de salud del gobierno 2 <input type="checkbox"/> Hospital o clínica privada 3 <input type="checkbox"/> Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS) 4 <input type="checkbox"/> Consultorio o médico particular 5 <input type="checkbox"/> → 725.c En el hogar 6 <input type="checkbox"/> → 726 En el trabajo, estudio u otro espacio 7 <input type="checkbox"/> → 726 En una droguería 8 <input type="checkbox"/> → 726 Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar 9 <input type="checkbox"/> → 726 Sitio curandero, tegua o similar 10 <input type="checkbox"/> → 726
725	¿Exactamente en qué lugar consultó por la salud de _____?	a. ¿Cual es el Nombre? _____ c. ¿Queda localizado en...? (leer opciones) Misma manzana 1 <input type="checkbox"/> Mismo barrio 2 <input type="checkbox"/> Mismo municipio 3 <input type="checkbox"/> Otro municipio. 4 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____                     Otro país. 5 <input type="checkbox"/>
726	¿Cuál fue la principal razón de la última consulta relacionada con la salud de _____?	Enfermedad física 1 <input type="checkbox"/> Problema mental, emocional, de los nervios o de comportamiento 2 <input type="checkbox"/> Disminución en capacidad para hacer cosas 3 <input type="checkbox"/> Lesión por accidente o violencia 4 <input type="checkbox"/> Problema o enfermedad de la boca o los dientes 5 <input type="checkbox"/> Chequeo médico de persona sana 6 <input type="checkbox"/> Cirugía Ambulatoria 7 <input type="checkbox"/> Estética 8 <input type="checkbox"/> Vacunación 9 <input type="checkbox"/> Control post-operatorio 10 <input type="checkbox"/> Control de crecimiento y desarrollo 11 <input type="checkbox"/> Atención preventiva en salud bucal 12 <input type="checkbox"/> Otra atención preventiva 13 <input type="checkbox"/>

<b>727</b>	<p>En la última consulta relacionada con la salud de _____, ¿usted u otra persona pagó o va a pagar directamente.....?</p> <p><b>ENTREVISTADOR@:</b> a, b y c son respuestas excluyentes y por tanto sólo una de ellas puede ser positiva.</p>	<p>a. Por cuota moderadora del POS <b>por la consulta</b> (cuota de recuperación):  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>b. Por vale o bono de medicina prepagada:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>c. Por consulta particular:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>d. ¿Pagó o va a pagar por medicamentos?  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>e. Por materiales u otros elementos para la atención:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>f. Por exámenes de laboratorio o Rayos X:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>g. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud de _____  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>h. Por otros procedimientos de tratamiento, como terapia, inyecciones o sesiones educativas:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/>  NS <input type="checkbox"/></p> <p>i. ¿Pagó o va a pagar por transporte de ida y vuelta para _____ y sus acompañantes?  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>j. Por alimentación para _____ y sus acompañantes:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>k. Por alojamiento para _____ y sus acompañantes:  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p> <p>l. ¿Pagó o va a pagar por otra cosa como fotocopias?  Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/></p>
<b>728</b>	<p>Por la última consulta de _____, ¿a usted o a otra persona le descontaron del salario el tiempo no trabajado o dejó de recibir ingresos?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuánto? → \$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>N</b>_ _ <b>S</b>_   No <input type="checkbox"/>  NS <input type="checkbox"/></p>
<b>729</b>	<p>En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿estuvo _____ hospitalizad@ una o más noches?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/> → <b>738</b></p>
<b>730</b>	<p>¿Cuántas veces en el ÚLTIMO AÑO?</p>	<p> _ _ _ </p>





748	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Un doctor u otro profesional de la salud, le dijo que _____ tenía neumonía o bronconeumonía?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 750
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 750
749	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento para la neumonía?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
750	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>asma</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 753
751	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron asma?	_ _ _  Años cumplidos	
752	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento por asma?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
753	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>otitis media supurativa</b> (se le rompió el odio)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 756
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 756
754	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron la otitis media supurativa (se le rompió el oído)?	_ _ _  Años cumplidos	
		Menos de 1 año	1 <input type="checkbox"/>
755	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿_____ recibió algún tratamiento por esa enfermedad?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
756	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía un <b>retraso del desarrollo motor o del lenguaje</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 759
757	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron un retraso del desarrollo motor o del lenguaje?	_ _ _  Años cumplidos	
		Menos de 1 año	1 <input type="checkbox"/>
758	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento por el retraso en el desarrollo motor o del lenguaje?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
759	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>diabetes o azúcar elevada</b> en la sangre?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 762
760	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron diabetes o azúcar elevada en la sangre?	_ _ _  Años cumplidos	
		Menos de 1 año	1 <input type="checkbox"/>
761	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento por diabetes o azúcar elevada en la sangre?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
762	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía una infección por <b>VIH o SIDA</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 765
		No responde	4 <input type="checkbox"/> → 765
763	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron infección por VIH o SIDA?	_ _ _  Años cumplidos	
		Menos de 1 año	1 <input type="checkbox"/>
764	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento por infección por VIH o SIDA?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No responde	4 <input type="checkbox"/>
765	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>epilepsia o ataques</b> ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 768



766	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron epilepsia o ataques?	_ _ _  Años cumplidos Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/>	
767	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento por epilepsia o ataques?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
768	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía <b>cáncer o un tumor maligno</b> ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 772	
769	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron cáncer o el tumor maligno?	_ _ _  Años cumplidos Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/>	
770	¿Actualmente _____ está en tratamiento por el cáncer o el tumor maligno, en controles (remisión) o ha sido curado?	Tratamiento 1 <input type="checkbox"/> En controles (remisión) 2 <input type="checkbox"/> Curado 3 <input type="checkbox"/>	
771	¿Que tipo de cáncer tiene (tenía) _____?	Linfoma 1 <input type="checkbox"/> Leucemia 2 <input type="checkbox"/> De cerebro 3 <input type="checkbox"/> De ojo 4 <input type="checkbox"/> De riñón 5 <input type="checkbox"/> De hueso 6 <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál? _____ 7 <input type="checkbox"/>	
772	¿Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que _____ tenía alguna otra enfermedad de larga duración o que no se cura?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿cuál? _____ No 2 <input type="checkbox"/> → VIII	
773	¿Qué edad tenía _____ la primera vez que le diagnosticaron esa enfermedad?	_ _ _  Años cumplidos Menos de 1 año 1 <input type="checkbox"/>	
774	En el ÚLTIMO AÑO, ¿_____ recibió algún tratamiento por esa enfermedad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

### VIII. VACUNACIÓN CON DPT Y TRIPLE VIRAL

802	¿Alguna vez le pusieron a _____ alguna vacuna para prevenirle enfermedades?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 820 No sabe 3 <input type="checkbox"/> → IX																																																																													
803	¿Me deja ver el carné de vacunación de _____?	Sí lo tiene, visto 1 <input type="checkbox"/> Si lo tiene, no visto 2 <input type="checkbox"/> → 809 No lo tiene 3 <input type="checkbox"/> → 809																																																																													
805	<p>Transcriba día, mes y año de aplicación de cada dosis para cada biológico:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">TIPO DE DATO</th> <th colspan="3">FECHA</th> <th colspan="3">CALIDAD</th> </tr> <tr> <th>Sólo Marcada</th> <th>No aparece</th> <th>No tiene la edad</th> <th>Dato Registrado</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Dato Correcto</th> <th>Inconsistente</th> <th>Ilegible o parcial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Primera DPT</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/> →</td> <td> _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ </td> <td></td> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Segunda DPT</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/> →</td> <td> _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ </td> <td></td> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Tercera DPT</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/> →</td> <td> _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ </td> <td></td> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Triple viral:</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/> →</td> <td> _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ </td> <td></td> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Fiebre amarilla</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/> →</td> <td> _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ </td> <td></td> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				TIPO DE DATO			FECHA			CALIDAD			Sólo Marcada	No aparece	No tiene la edad	Dato Registrado	Día	Mes	Año	Dato Correcto	Inconsistente	Ilegible o parcial	a. Primera DPT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	b. Segunda DPT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	c. Tercera DPT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d. Triple viral:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	e. Fiebre amarilla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	TIPO DE DATO				FECHA			CALIDAD																																																																							
	Sólo Marcada	No aparece	No tiene la edad	Dato Registrado	Día	Mes	Año	Dato Correcto	Inconsistente	Ilegible o parcial																																																																					
a. Primera DPT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																					
b. Segunda DPT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																					
c. Tercera DPT	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																					
d. Triple viral:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																					
e. Fiebre amarilla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																					
806	← ENTREVISTADOR @: Revise la respuesta registrada en 805, ¿Tiene todas las vacunas para la edad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → IX No 2 <input type="checkbox"/>																																																																													

807	<p>◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise la respuesta registrada en <b>805</b>.</p> <p>Teniendo en cuenta la edad, ¿Se le han aplicado todas las dosis de DPT?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>812.a</b></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
808	<p>¿Le han aplicado a _____ alguna dosis de DPT que no haya sido registrada en el carné?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántas dosis?   <b>_NS_</b>   → <b>810</b></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → <b>811</b></p> <p>No sabe 2 <input type="checkbox"/></p>
809	<p>¿Recibió _____ la vacuna DPT, es decir una inyección usualmente dada al tiempo con las gotas de polio y que se aplica en el muslo?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántas dosis?   <b>_NS_</b>  </p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe 3 <input type="checkbox"/></p>
810	<p>◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise las respuestas registradas en <b>807, 808 o en 809</b>.</p> <p>Teniendo en cuenta la edad, ¿Se le han aplicado todas las dosis de DPT?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>812.a</b></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
811	<p>◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise la respuesta registrada en <b>105</b>. ¿Tiene 6 meses de edad o menos?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>IX</b></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
812	<p>¿Cuál es la principal razón por la que _____ no ha sido vacunad@ con DPT o con todas las dosis de DPT?</p>	<p>No cree que la necesite 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No le cubrían o no autorizaron la vacuna 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene dinero/ es muy costoso 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe dónde aplican la vacuna 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Sitio de atención muy lejano 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Cuando ha ido no hay vacuna 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Le hacen esperar mucho para atenderlo 9 <input type="checkbox"/></p> <p>No tenía dónde acudir 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Descuido 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Fue pero no lo atendieron 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Le dio miedo, nervios o pena 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Mala atención 14 <input type="checkbox"/></p> <p>Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 15 <input type="checkbox"/></p> <p>No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 16 <input type="checkbox"/></p> <p>No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 17 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabía que tenía que vacunarse 18 <input type="checkbox"/></p> <p>La religión se lo prohíbe 19 <input type="checkbox"/></p>
812.a	<p>◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise la respuesta registrada en <b>803</b>. ¿Marcó la opción 1?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → <b>814</b></p>
813	<p>◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise la respuesta registrada en <b>805</b>. ¿Le ha aplicado la triple viral?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>816.a</b></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
814	<p>¿Recibió _____ la vacuna triple viral, es decir una inyección que se aplica al año de edad en el brazo?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → <b>816.a</b></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe 3 <input type="checkbox"/> → <b>816.a</b></p>
815	<p>◀ <b>ENTREVISTADOR@:</b> Revise la respuesta registrada en <b>105</b>. ¿Tiene más de 1 año?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → <b>IX</b></p>

816	¿Cuál es la principal razón por la que _____ no ha sido vacunad@ con la triple viral?	No cree que la necesite 1 <input type="checkbox"/> No le cubrían o no autorizaron la vacuna 2 <input type="checkbox"/> No tiene dinero/ es muy costoso 3 <input type="checkbox"/> No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde aplican la vacuna 5 <input type="checkbox"/> Sitio de atención muy lejano 6 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo 7 <input type="checkbox"/> Cuando ha ido no hay vacuna 8 <input type="checkbox"/> Le hacen esperar mucho para atenderlo 9 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 10 <input type="checkbox"/> Descuido 11 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo atendieron 12 <input type="checkbox"/> Le dio miedo, nervios o pena 13 <input type="checkbox"/> Mala atención 14 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 15 <input type="checkbox"/> No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 16 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 17 <input type="checkbox"/> No sabía que tenía que vacunarse 18 <input type="checkbox"/> La religión se lo prohíbe 19 <input type="checkbox"/>	
816.a	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 803. ¿Marcó la opción 1?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 818
817	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 805. ¿Le han aplicado la vacuna contra la fiebre amarilla?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ IX
818	¿Recibió _____ la vacuna contra la fiebre amarilla, es decir una inyección que se aplica al año de edad en el brazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	→ IX
819	¿Cuál es la principal razón por la que _____ no ha sido vacunado contra la fiebre amarilla?	No cree que la necesite 1 <input type="checkbox"/> No le cubrían o no autorizaron la vacuna 2 <input type="checkbox"/> No tiene dinero/ es muy costoso 3 <input type="checkbox"/> No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma 4 <input type="checkbox"/> No sabe dónde aplican la vacuna 5 <input type="checkbox"/> Sitio de atención muy lejano 6 <input type="checkbox"/> Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo 7 <input type="checkbox"/> Cuando ha ido no hay vacuna 8 <input type="checkbox"/> Le hacen esperar mucho para atenderlo 9 <input type="checkbox"/> No tenía dónde acudir 10 <input type="checkbox"/> Descuido 11 <input type="checkbox"/> Fue pero no lo atendieron 12 <input type="checkbox"/> Le dio miedo, nervios o pena 13 <input type="checkbox"/> Mala atención 14 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 15 <input type="checkbox"/> No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar 16 <input type="checkbox"/> No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 17 <input type="checkbox"/> No sabía que tenía que vacunarse 18 <input type="checkbox"/> La religión se lo prohíbe 19 <input type="checkbox"/>	IX

820	¿Cuál es la principal razón por la que _____ no ha sido vacunado?	No cree que la necesite	1	<input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no autorizaron la vacuna	2	<input type="checkbox"/>
		No tiene dinero/ es muy costoso	3	<input type="checkbox"/>
		No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma	4	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde aplican la vacuna	5	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Cuando ha ido no hay vacuna	8	<input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	9	<input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	10	<input type="checkbox"/>
		Descuido	11	<input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	12	<input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios o pena	13	<input type="checkbox"/>
		Mala atención	14	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	15	<input type="checkbox"/>
		No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	16	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	17	<input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía que vacunarse	18	<input type="checkbox"/>
		La religión se lo prohíbe	19	<input type="checkbox"/>

IX. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA			
901	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 105. ¿Tiene 5 años?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Ahora vamos a hablar de la salud de los dientes y la boca de _____:			
902	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿_____ ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 904
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS	2 <input type="checkbox"/> → 904

903	¿Cuál es la principal razón por la que no le han hecho aplicaciones o enjuagues de flúor a _____ en el ÚLTIMO AÑO?	No cree que la necesite	1	<input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no autorizaron	2	<input type="checkbox"/>
		No tiene dinero/ es muy costoso	3	<input type="checkbox"/>
		No le gusta / eso duele	4	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde hacen los enjuagues	5	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Cuando ha ido no hay el servicio	8	<input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	9	<input type="checkbox"/>
		No tiene donde ir _____	10	<input type="checkbox"/>
		Descuido	11	<input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	12	<input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios o pena	13	<input type="checkbox"/>
		Mala atención	14	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	15	<input type="checkbox"/>
		No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	16	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	17	<input type="checkbox"/>
		No tenía donde acudir	18	<input type="checkbox"/>
		No sabe que es el fluor	19	<input type="checkbox"/>
		El fluor es malo	20	<input type="checkbox"/>
		Esta esperando campaña en la escuela	21	<input type="checkbox"/>
		No se lo han recomendado	22	<input type="checkbox"/>
904	En el ÚLTIMO AÑO, a _____ le han aplicado sellantes?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → 906
		No	2	<input type="checkbox"/>
905	¿Cuál es la principal razón por la que no le han colocado sellantes a _____ en el ÚLTIMO AÑO?	Le hacen esperar mucho para atenderlo	1	<input type="checkbox"/>
		Descuido	2	<input type="checkbox"/>
		El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	3	<input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	4	<input type="checkbox"/>
		La consulta es muy cara o no tenía dinero	5	<input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios o pena	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Mala atención	8	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	9	<input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	10	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no le autorizaron la atención	12	<input type="checkbox"/>
		No le gusta ir	13	<input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	14	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde prestan el servicio	15	<input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	16	<input type="checkbox"/>
		Pensó que no era necesario consultar	17	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención es muy lejano	18	<input type="checkbox"/>
		No sabe que son los sellantes	19	<input type="checkbox"/>
		Tiene todas las muelas con calzas	20	<input type="checkbox"/>
		No le han salido nuevas muelas	21	<input type="checkbox"/>
906	← ENTREVISTADOR @: Transcriba la respuesta registrada en 702,	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → ☒

		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>907</b>	¿Cuál de los siguientes problemas ha tenido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		
	a. Dolor de muelas, dientes o encías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Caries dental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Inflamación de la cara	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	d. Fallas en la erupción de los dientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Sangrado de las encías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	e. Úlceras o ampollas en la boca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	f. Dificultad para abrir la boca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	g. Mala mordida o dientes mal ubicados	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	h. Chirreo o castaño de los dientes (Bruxismo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	i. Fractura dental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	j. Ruido y/o dolor en la articulación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	k. Pérdida de calza(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	l. Pérdida de diente(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	m. Ruptura o pérdida de prótesis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	n. Mancha o pigmentación de los dientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>908</b>	Por alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿a quién ha consultado en busca de ayuda?		
	a. Médico	1 <input type="checkbox"/>	} <input checked="" type="checkbox"/>
	b. Enfermera u otro personal de salud	1 <input type="checkbox"/>	
	c. Dentista, Odontólogo o higienista oral	1 <input type="checkbox"/>	
	d. Personal farmaceuta o de droguería	1 <input type="checkbox"/>	
	e. Médico alternativo: acupunturista, bioenergético	1 <input type="checkbox"/>	
	f. Curandero, tegua, brujo o empírico	1 <input type="checkbox"/>	
	g. Amigo, familiar, vecino o conocido	1 <input type="checkbox"/>	
	h. A nadie	2 <input type="checkbox"/>	
<b>909</b>	¿Cuál es la principal razón para que _____ no consultara cuando tuvo el dolor de muelas o dientes? <i>(espere respuesta)</i>		
	Le hacen esperar mucho para atenderlo	1 <input type="checkbox"/>	
	Descuido	2 <input type="checkbox"/>	
	El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	3 <input type="checkbox"/>	
	Fue pero no lo atendieron	4 <input type="checkbox"/>	
	La consulta es muy cara o no tenía dinero	5 <input type="checkbox"/>	
	Le dio miedo o nervios	6 <input type="checkbox"/>	
	Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	7 <input type="checkbox"/>	
	Mala atención	8 <input type="checkbox"/>	
	Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	9 <input type="checkbox"/>	
	No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	10 <input type="checkbox"/>	
	No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11 <input type="checkbox"/>	
	No le cubrían o no le autorizaron la atención	12 <input type="checkbox"/>	
	No le gusta ir	13 <input type="checkbox"/>	
	No sabía que tenía derecho	14 <input type="checkbox"/>	
	No sabe dónde prestan el servicio	15 <input type="checkbox"/>	
	No tenía dónde acudir	16 <input type="checkbox"/>	
	Pensó que no era necesario consultar	17 <input type="checkbox"/>	
	Sitio de atención es muy lejano	18 <input type="checkbox"/>	