

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 2. HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN DE URGENCIAS	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 →701			
2. Incompleta			4. Otro →701 ¿Cuál? _____			
205. Entrevistador@: _____						
206. Supervisor@: _____						

VI. DATOS DEL USUARIO	
601	_____ Nombres
	_____ Apellidos del usuario
602	¿Cuál es la edad del usuario?
	____ Días <input type="checkbox"/>
	____ Meses <input type="checkbox"/>
	____ Años <input type="checkbox"/>
603	ENTREVISTAD@R: Revise 602 ¿la persona a encuestar es menor de 12 años?
	Sí <input type="checkbox"/> →604
	No <input type="checkbox"/>
603. b	¿Tiene algún tipo de dificultad para la comunicación?
	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/> →605
604	Nombre del informante (para personas menores de 12 años o con dificultad para la comunicación) _____
605	Sexo del usuario
	Femenino <input type="checkbox"/>
	Masculino <input type="checkbox"/>

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

VII. DATOS SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN O LA ATENCIÓN DE URGENCIAS

701	¿Qué atención recibió _____ hoy en esta institución? (Espere respuesta)	Hospitalización por causas no obstétricas remitido de urgencias 1 <input type="checkbox"/> Hospitalización por causas no obstétricas electiva (programada) 2 <input type="checkbox"/> Atención del parto o puerperio remitido de urgencias 3 <input type="checkbox"/> Atención del parto o puerperio electiva (cesárea) 4 <input type="checkbox"/> Atención de urgencias no obstétricas 5 <input type="checkbox"/> Atención de urgencias obstétricas 6 <input type="checkbox"/>
-----	---	--

702	¿Por qué motivo de salud _____ fue hospitalizado o atendido en urgencias?	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	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"/>
		Atención del parto	7	<input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál? _____	8	<input type="checkbox"/>
703	¿Cuánto tiempo tardó _____ en llegar hasta esta institución? (registre en horas y minutos)	Horas	Minutos	
		_ _	: _ _	
704	¿_____o su acudiente eligió venir a esta institución o se la asignaron?	La eligió	1	<input type="checkbox"/>
		Se la asignaron	2	<input type="checkbox"/>
705	¿Cuánto tiempo pasó desde que _____ llegó a la institución hasta que le prestaron el servicio que buscaba?	Horas	Minutos	
		_ _	: _ _	
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 esta hospitalización o atención de urgencias, ¿le informaron con claridad cómo encontraron la salud de _____?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
708	En esta hospitalización o atención de urgencias, ¿le explicaron a _____ en qué consistía el tratamiento a realizar?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
709	En esta hospitalización o atención de urgencias, ¿Le pidieron autorización a _____ para examinar o realizar algún procedimiento de examen o tratamiento?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
710	◀ ENTREVISTADOR@. Revise 606 y marque la opción correspondiente	Marcó 1, 2, 3, 4, 5 o 6 (afiliado)	1	<input type="checkbox"/>
		Marcó 7 (otro)	2	<input type="checkbox"/>
		Marcó 8 o 9 (no afiliado)	3	<input type="checkbox"/>

711	¿Quién cubrió la mayor parte de los gastos de la hospitalización o la atención de urgencias de _____?	EPS o ARS u Otra entidad de seguridad social	1	<input type="checkbox"/>
		Medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario	2	<input type="checkbox"/>
		Secretaría de salud o alcaldía (vinculado)	3	<input type="checkbox"/>
		Usted o alguien de su hogar con recursos propios	4	<input type="checkbox"/>
		Otra persona con recursos propios	5	<input type="checkbox"/>
		El SOAT, seguro obligatorio de accidentes de tránsito	6	<input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador	7	<input type="checkbox"/>
		Entidad por fuera del sistema de seguridad Social, como una ONG	8	<input type="checkbox"/>

712	Por favor dígame, en cada caso, si usted u otra persona pagó o va a pagar algo por:		No	Sí	¿Cuánto?
		a. Por el transporte de ida y vuelta suyo y de sus acompañantes	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		b. Por la alimentación suya y de sus acompañantes	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		c. Por 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 esta hospitalización o atención de urgencias, ¿A _____ o a sus acompañantes, les descontaron del salario el tiempo no trabajado, o dejaron de recibir ingresos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	→ ¿Cuánto? \$ _____ NS <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>		
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>		
714	◀ ENTREVISTADOR@ . Revise 701 y marque la opción correspondiente	Marcó 1, 2, 3 ó 4 (Hospitalización)	1 <input type="checkbox"/>	→ En 715.b marque NO	
		Marcó 5 ó 6 (Urgencias)	2 <input type="checkbox"/>	→ En 715.c marque NO	

715	Por favor dígame, si por la atención de hoy, usted u otra persona pagó o va a pagar directamente por:	◀ ENTREVISTADOR@ . Para la siguiente pregunta tenga en cuenta que:				
		▪ a, b, c y d son excluyentes, si marca SI en alguna, NO PUEDE marcar SÍ en las demás. Sondee para aclarar en donde debe marcar el Sí.				
			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			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		c. Por toda la cuenta de hospitalización			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		d. Por vale de medicina prepagada			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		e. Por exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		f. Por materiales para la atención			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
		g. 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"/>
		h. Por medicamentos			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>
i. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud de _____			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>		
j. Por otra cosa como fotocopias			1 <input type="checkbox"/>	→ \$ _____ NS <input type="checkbox"/>		
717	En algún momento de su permanencia en esta institución sintió molestia o incomodidad por:		Si	No	NA	
	a Por no poder permanecer sentado durante el tiempo de espera		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	b Por no tener acceso a servicios sanitarios cuando los necesitó		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	c. Por las condiciones físicas de la sala de espera		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	d. Por las condiciones físicas del sitio donde lo atendieron		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		

718	En algún momento de esta atención sintió molestia o incomodidad por:		Si	No	NA
		a. Por la forma en que le hablaron las personas que lo atendieron	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
		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"/>
		c. Por el examen que le hizo alguna de las personas que lo atendió (examen de seno o testículo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
719	¿Cuánto tiempo duró esta hospitalización o la atención de urgencias de _____?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Horas	1 <input type="checkbox"/>	
			Días	2 <input type="checkbox"/>	
			Meses	3 <input type="checkbox"/>	
			Minutos	4 <input type="checkbox"/>	
720	En esta atención, ¿le dieron incapacidad a _____ para ir a trabajar o estudiar?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	→ ¿Cuántos días de incapacidad le dieron? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>		
		No aplica	3 <input type="checkbox"/>		
<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>La pregunta 721, incluye literales de la (a) a la (k). 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 k 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 P721, 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>					
721	Esta pregunta es muy importante y quizá para usted suene repetida, sin embargo le pido el favor de contestarla.				Capítulo a aplicar si la respuesta es Sí
	Voy a leerle varias frases. En cada caso dígame si fue o no una de las razones de su visita de hoy a esta institución.				
		No	Si		<i>Casilla de verificación</i>
	a. Lesiones sufridas en un accidente de tránsito	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XII	<input type="checkbox"/>
	b. Dolor de espalda o de cuello	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XIV	<input type="checkbox"/>
	c. Tensión alta (hipertensión)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XV	<input type="checkbox"/>
	d. Sobrepeso u obesidad	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XVI	<input type="checkbox"/>
	e. Diabetes o el azúcar alta en la sangre	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XVII	<input type="checkbox"/>
	f. Lesiones porque lo agredieron físicamente	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XVIII	<input type="checkbox"/>
	g. VIH/SIDA	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	XIII	<input type="checkbox"/>
← ENTREVISTADOR		Hombre	1 <input type="checkbox"/> → "i"		
Verifique 602 y 605 .		Mujer menor de 10 años	2 <input type="checkbox"/> → "i"		
¿El usuario es hombre o mujer menor de 10 años?		Mujer de 10 años o más	3 <input type="checkbox"/>		
	No	Sí			
h. Atención del parto	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> →	¿El bebé nació vivo?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> ↘ VIII	

	◀ ENTREVISTADOR. Verifique 602 , el usuario es mayor de 10 años	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 722
		No	Sí
	i. Enfermedad Diarreica Aguda de _____. (menores de 10 años)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> → IX <input type="checkbox"/>
	j. Infección Respiratoria Aguda de _____. (menores de 10 años)	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> → X <input type="checkbox"/>
	k. Desnutrición de _____.	2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> → XI <input type="checkbox"/>
722	◀ ENTREVISTADOR Revise 721 de la "a" a la "k" . ¿Se marcó alguna celda con sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
	◀ ENTREVISTADOR Revise 721 de la "a" a la "l". Identifique la primera alternativa marcada con Sí, lea el capítulo ubicado al frente de esta celda y pase a dicho capítulo y una vez lo haya diligenciado vuelva a 721 , marque el cuadro de verificación correspondiente y siga con el siguiente literal con respuesta Sí.		

VIII. AL SALIR DEL PARTO (APLICABLE A PARTO CON NACIDO VIVO)

801	¿Qué día ingresó a esta institución para la atención de su parto?		____/____ día mes
802	¿A qué hora ingresó?		____:____ Hora Minutos
803	¿Vino usted directamente o la remitieron de otra institución?	Vino directamente La remitieron No responde	1 <input type="checkbox"/> → 805 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 805
804	¿Cuál es la principal razón para que la hayan remitido (mandado) a esta institución?	Tenía complicaciones No había quien la atendiera allá No tenían todos los materiales necesarios para atenderla No había cupo La institución no tenía contrato con la EPS/ARS para su atención En la institución no hacen cesáreas Otra, ¿cuál? _____ No sabe	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"/>
805	Durante el tiempo que estuvo en esta institución para el parto, ¿cuántas veces la examinó el médico?		____
806	Antes de salir de la institución, ¿algún personal de la salud, le explicó los problemas que pueden presentarse después del parto?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
807	Antes de la salida, ¿le dieron información y consejo sobre los métodos que puede utilizar para evitar quedar en embarazo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
808	¿Estaría interesada en usar un método para evitar quedar en embarazo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 810 2 <input type="checkbox"/>

809	¿Cuál es la principal razón para que usted no esté interesada en usar un método para evitar quedar en embarazo? <i>(espera respuesta)</i>	No lo considera necesario	1 <input type="checkbox"/>
		No sabe cuál utilizar	2 <input type="checkbox"/>
		La operaron para no tener más hijos	3 <input type="checkbox"/>
		Quiere tener más hijos	4 <input type="checkbox"/>
		No ha pensado en eso	5 <input type="checkbox"/>
		Vasectomía del esposo o pareja	6 <input type="checkbox"/>
		No le cubre o no autorizan el método	7 <input type="checkbox"/>
		No tiene dinero/ es muy costoso	8 <input type="checkbox"/>
		No le gusta / duele/ la enferma	9 <input type="checkbox"/>
		No sabe dónde la atienden para ese método	10 <input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	11 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	12 <input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderla	13 <input type="checkbox"/>
		Ha ido pero no la han atendido	14 <input type="checkbox"/>
		Le da miedo, nervios o pena	15 <input type="checkbox"/>
		Mala atención	16 <input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	17 <input type="checkbox"/>
		No confía en quienes le atienden o no cree que le puedan ayudar	18 <input type="checkbox"/>
		No consigue cita o se la dan para fecha lejana	19 <input type="checkbox"/>
		No sabía que debía planificar	20 <input type="checkbox"/>
		La religión se lo prohíbe	21 <input type="checkbox"/>
		La pareja u otra persona se lo prohíbe	22 <input type="checkbox"/>
810	Antes de darle la salida, ¿le dijeron que tenía que volver a una consulta médica de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 812
811	¿Dentro de cuántos días tiene que venir a la consulta de control?		Días __ __ No sabe 1 <input type="checkbox"/>
812	Antes de salir de esta institución, le dieron información sobre: ¿Cómo cuidarse las heridas que le quedaron del parto?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
813	¿Cómo darle pecho o seno al bebé?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
814	¿Cómo debe alimentarse?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
815	¿Qué hacer si usted o el bebé se enferman?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
816	¿Dónde se hace el registro civil del bebé?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
817	¿Tiene usted el certificado de nacimiento? Es decir una hoja con los datos del niño, que se necesita para el registro civil.	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
818	¿A su bebé le tomaron una muestra de sangre para saber si tenía hipotiroidismo congénito?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
819	Antes de la salida, ¿le dijeron que tenía que traer a su bebé a una consulta médica de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 821
820	¿Dentro de cuántos días tiene que traer a su bebé a consulta de control?		Días __ __
821	¿Le aplicaron a su bebé alguna vacuna?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 824 3 <input type="checkbox"/> → 824

822	¿Le entregaron un carné con los datos de las vacunas que le aplicaron a su bebé?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 824
823	← ENTREVISTADOR: Solicite el carné y registre los siguientes datos	No aplicada a. Antihepatitis B: 1 <input type="checkbox"/> ↓ b. BCG : 1 <input type="checkbox"/> ↓ c. Antipolio: 1 <input type="checkbox"/> ↓ No se pudo verificar el carné	Día Mes Año _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ 1 <input type="checkbox"/>
824	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió Sí.

IX. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE NIÑ@ CON ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

901	¿Hace cuántos días le comenzó la diarrea a _____?		_ _ _ Días
902	De las siguientes actividades, ¿Cuáles realizaron en la atención de _____? ¿Le dieron o pusieron suero?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
903	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
904	¿Le midieron la estatura?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
905	¿Le hicieron algún examen de laboratorio?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
906	¿Le enseñaron cómo preparar el suero?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
907	¿Le explicaron cómo alimentar a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
908	¿Le explicaron cuáles líquidos puede darle a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
909	¿Le explicaron por qué se enfermó _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
910	¿Le enseñaron cuáles signos de alarma indican que _____ se está agravando?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
911	¿Le enseñaron cómo preparar de forma adecuada los alimentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
912	¿Le formularon algún medicamento a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 918
913	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 915
914	¿Entendió usted cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

915	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
916	Los medicamentos que le formularon a _____, ¿Los tiene 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"/> → 918 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
917	En los PRÓXIMOS 7 DÍAS, ¿usted o las personas de su hogar 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"/>
918	¿Le dijeron que debía traer nuevamente a _____ a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 920
919	¿Dentro de cuánto tiempo debe traer nuevamente a _____ a control?	_ _ _ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
920	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721 ¿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 721 en que respondió Sí.	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓

X. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE NIÑ@ CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

1001	¿Hace cuántos días le comenzaron los problemas respiratorios a (nombre del niñ@)?	_ _ _ Días	
1002	¿Cuáles de las siguientes actividades realizaron en la atención de _____?		
	¿Lo examinaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1003	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1004	¿Le midieron la estatura?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1005	¿Le hicieron o le ordenaron algún examen de laboratorio o radiología?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1006	¿Le explicaron cómo alimentar a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1007	¿Le explicaron qué líquidos pueden darle?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1008	¿Le explicaron por qué se enfermó?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1009	¿Le enseñaron cuáles signos indican que _____ se está agravando?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1010	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1016

1011	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1013
1012	¿Entendió usted cómo darle los medicamentos a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1013	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1014	Los medicamentos que le formularon a _____ ¿Los tiene 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"/> → 1016 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1015	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"/>
1016	¿Le dijeron que debía traer nuevamente a _____ a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1018
1017	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a traer a _____ a control?	_____ _____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1018	<p>← ENTREVISTADOR</p> <p>Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió Sí.

XI. ATENCIÓN DE NIÑ@ CON DESNUTRICIÓN

1101	¿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"/>
1102	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"/>
1103	<p>Cuáles de las siguientes actividades realizaron en la atención de _____</p> <p>¿Lo examinaron?</p>	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1104	¿Lo pesaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1105	¿Le midieron la estatura?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1106	¿Le hicieron algún examen de laboratorio?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1107	¿Le explicaron cómo se encontraba de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1108	¿Le explicaron qué alimentos debía darle?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1109	¿Le formularon alguna vitamina o suplemento nutricional?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1110	¿Le dijeron en dónde podía conseguir ayuda para mejorar la nutrición de _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1111	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1117
1112	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos/vitaminas a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1114
1113	¿Entendió usted cómo darle los medicamentos/vitaminas a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1114	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos/vitaminas que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1115	Los medicamentos/vitaminas 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"/> → 1117 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1116	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"/>
1117	¿Le dijeron que debía traer a _____ a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1119
1118	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a traer a _____ a control?	_____ _____ _____ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1119	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió Sí.

XII. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1201	¿Cuándo ocurrió el accidente del tránsito por el cual _____ está recibiendo atención?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ Día Mes Año	
1202	ENTREVISTADOR@ Revise 701 ¿Es una atención de urgencias?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1209
1203	¿Fue _____ traído directamente a esta institución, o a otra?	A esta institución A otra institución No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1207 3 <input type="checkbox"/> → 1207
1204	¿Cómo se transportó _____ desde el sitio del accidente hasta esta institución?	Ambulancia Motorizado particular Motorizado público No motorizado A pie No Sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1207 3 <input type="checkbox"/> → 1207 4 <input type="checkbox"/> → 1207 5 <input type="checkbox"/> → 1207 6 <input type="checkbox"/> → 1207

1205	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar la ambulancia desde que la solicitaron, hasta el sitio del accidente?	Minutos No sabe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/>
1206	¿Cuánto tiempo se demoró la ambulancia desde el sitio del accidente, hasta esta institución?	Minutos No sabe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/>
1207	Desde que llegó a esta institución, ¿Cuánto tiempo se demoraron en atender a _____?	Minutos No sabe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/>
1208	¿Le dieron orden de hospitalización por causa del accidente?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1210
1209	¿Cuánto tiempo pasó desde que le dieron la orden de hospitalización hasta que le asignaron una cama a _____?	Minutos No sabe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/>
1210	¿La institución tenía todos los materiales y medicamentos que se necesitaban para atender a _____, o alguien tuvo que comprar algo por fuera?	La institución tenía todo Le tocó comprar algunas cosas para él tratamiento No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1211	Dígame cuáles de las siguientes actividades realizaron durante la atención de _____: ¿Lo examinó un médic@ general?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1212	¿Lo examinó algún médic@ especialista?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1213	¿Le hicieron exámenes de laboratorio?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1214	¿Le hicieron rayos X u otro examen de diagnóstico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1215	¿Lo suturaron (cosieron) o le hicieron curaciones en la piel de _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1216	¿Le hicieron alguna operación o cirugía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1217	¿Le inmovilizaron (enyesaron) alguna parte del cuerpo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1218	← ENTREVISTADOR Revise las preguntas de la 1213 a la 1217. ¿En alguna respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1220
1219	¿Le pidieron a _____ o a su acudiente autorización para hacer los procedimientos requeridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1220	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1225
1221	¿Le explicaron cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1223
1222	¿Entendió usted cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1308	¿Un examen que se llama carga viral?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1309	¿Está _____ usando tratamiento antirretroviral, es decir tomando medicamentos para tratar el VIH?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1314
1310	¿Cuándo comenzó a usar este tratamiento?		__ __ / __ __ mes año
1311	¿Los medicamentos antirretrovirales 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"/>
1312	En el ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy, ¿alguna vez _____ ha suspendido el tratamiento antirretroviral por un mes o más?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1314
1313	¿Por qué razón _____ suspendió el tratamiento en el ÚLTIMO AÑO? <i>Espera respuesta, puede marcar varias razones</i>	a. No había medicamentos disponibles en la EPS/ARS/IPS b. No toleró el medicamento c. La EPS/ARS 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 de 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"/>
1314	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de _____, 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"/>
1315	En esta atención, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1317 3 <input type="checkbox"/> → 1317
1316	¿Dentro de cuánto tiempo debe volver al control?	__ __ Días Meses	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1317	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió Sí.	1 <input type="checkbox"/> → ☒ 2 <input type="checkbox"/> ↓

XIV. DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DOLOR DE ESPALDA O CUELLO			
1401	¿Hace cuánto le comenzaron los síntomas en cuello o espalda por los cuales buscó atención?	__ __ Días Meses Años	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1402	¿La persona que lo atendió le explicó a _____ qué tenía en la espalda o cuello?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Cuáles de las siguientes actividades le realizaron en esta atención:			
1403	¿Lo examinaron?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1404	¿Le ordenaron / hicieron alguna radiografía o examen diagnóstico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1405	¿Le explicaron qué podía hacer para evitar esa enfermedad?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1406	¿Le recomendaron hacer ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1407	En esta atención ¿Le explicaron a _____ cómo levantar correctamente los objetos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1408	¿Le explicaron cómo reducir el estrés?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1409	¿Lo remitieron a una consulta con el psicólogo@?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1410	¿Lo remitieron a fisioterapia?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1411	¿Le recomendaron bajar de peso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1412	¿Le formularon algún medicamento?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1418
1413	¿Le explicaron cómo usar los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1415
1414	¿Entendió _____ cómo usar los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1415	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1416	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"/> → 1418 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1417	En LOS PRÓXIMOS 7 DÍAS ¿Van a poder comprar todos 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"/>
1418	¿Le dijeron que _____ debía volver a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1420
1419	¿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"/>
1420	¿Le dieron orden para rehabilitación?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1514	¿Entrenamiento en cómo se hace ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1515	¿Examen de colesterol y triglicéridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1518	Desde que le diagnosticaron la hipertensión, ¿Cada cuánto se mide la presión arterial?	Cada __ __	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Años 3 <input type="checkbox"/> No se la mide 4 <input type="checkbox"/> Todos los días 5 <input type="checkbox"/>
1519	¿Actualmente está consumiendo medicamentos para la presión arterial alta?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1521
1520	¿Los medicamentos para la presión se los dan, o los tienen 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"/>
1521	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"/> → 1523
1522	¿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 1 <input type="checkbox"/> No tolera el medicamento 2 <input type="checkbox"/> La EPS/ARS no le reconocía el medicamento / No tenía dinero para comprarlo 3 <input type="checkbox"/> Se sintió bien y decidió suspender el tratamiento por un tiempo 4 <input type="checkbox"/> Tuvo algunas complicaciones de salud 5 <input type="checkbox"/> No tenía la fórmula vigente 6 <input type="checkbox"/> El médico le ordenó suspenderlo 7 <input type="checkbox"/> Le preocupa la adicción 8 <input type="checkbox"/> Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 9 <input type="checkbox"/> Dejó de ir a control 10 <input type="checkbox"/> No sabe dónde le suministran el medicamento 11 <input type="checkbox"/> Sitio donde entregan el medicamento es muy lejano 12 <input type="checkbox"/> Los horarios para entrega de medicamentos no le sirven 13 <input type="checkbox"/> No ha sacado tiempo para obtener medicamento 14 <input type="checkbox"/>
1523	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de la hipertensión generalmente lo ha atendido 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"/>
1524	En esta atención, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1526
1525	¿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"/>
1526	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721 ¿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 721 en que respondió Sí.

XVI DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON OBESIDAD O SOBREPESO

1601	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron obesidad o sobrepeso?	__ __	Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> Años 3 <input type="checkbox"/> En esta consulta 4 <input type="checkbox"/>
------	---	-------	---

1602	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"/>
1603	¿Aprender a manejar el estrés de la vida diaria?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	¿Bajar de peso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1605	¿Reducir el consumo de alcohol?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	¿Realizar ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1607	¿Reducir el consumo de sal?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	¿Reducir el consumo de grasas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1609	¿Hacerse exámenes para saber cuánta grasa tiene en la sangre?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	¿Reducir el consumo de harinas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1611	¿Reducir el consumo de dulces?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	1611. a ◀ ENTREVISTADOR: Revise 1601 . ¿La respuesta fue la opción 4 (en esta consulta)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 1624 2 <input type="checkbox"/>
1612	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
1613	¿Consulta por médico especialista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ _ / __ _ _ _ _ mes año
	¿Consulta por psicolog@/ psiquiatra?,	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ _ / __ _ _ _ _ mes año
1615	¿Consulta por nutricionista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ _ / __ _ _ _ _ mes año
	¿Entrenamiento en cómo se hace ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ _ / __ _ _ _ _ mes año
1617	¿Examen de colesterol y triglicéridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ _ / __ _ _ _ _ mes año
	¿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

1621	¿Actualmente está consumiendo medicamentos para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1623
1622	¿Los medicamentos para la obesidad se los dan, o tiene 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"/>
1623	En el ÚLTIMO AÑO, ¿Para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso generalmente lo ha atendido 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"/>
1624	En esta atención, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1626
1625	¿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"/>
1624	← ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió Sí.	1 <input type="checkbox"/> → ☒ 2 <input type="checkbox"/> ↓

XVII DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES			
1701	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la diabetes?	_____ _____ Días Meses Años En esta consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1702	Cuáles de las siguientes recomendaciones le han hecho para la diabetes: ¿No fumar?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1703	¿Aprender a manejar el estrés de la vida diaria?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1704	¿Bajar de peso?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1705	¿Reducir el consumo de alcohol?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1706	¿Realizar ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1707	¿Reducir el consumo de grasas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1708	¿Hacerse exámenes para saber cuánta grasa tiene en la sangre?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1709	¿Reducir el consumo de harinas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1710	¿Reducir el consumo de dulces?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1711	¿Medir regularmente el nivel de azúcar en la sangre o en la orina?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1711. a	◀ ENTREVISTADOR: Revise 1701. ¿La respuesta fue la opción 4 (en esta consulta)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → 1728 2 <input type="checkbox"/>
1712	Cuáles de las siguientes cosas ha 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
1713	¿Consulta por médico especialista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1714	¿Consulta por psicolog@/ psiquiatra?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1715	¿Consulta por nutricionista?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue la última? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1716	¿Entrenamiento en cómo se hace ejercicio?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1717	¿Examen del colesterol y triglicéridos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1720	¿Examen del azúcar en sangre o en orina?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1721	¿Control de presión arterial?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuándo fue el último? 2 <input type="checkbox"/> __ __ / __ __ __ __ mes año
1722	¿Utiliza algún aparato o método para medirse en su casa, el nivel de azúcar en la sangre o en la orina?	Sí, glucómetro Sí, tiras para orina Sí, otro ¿Cuál? _____ No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> → 1724
1723	¿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"/>
1724	¿Está ahora aplicándose insulina u otro medicamento para la diabetes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1726
1725	¿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"/>
1726	En esta atención, ¿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"/>
1727	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"/>
1728	En esta atención, ¿le dijeron que debía volver a control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1730
1729	¿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"/>

1730	ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió Sí.

XVIII. LESIONES POR AGRESIÓN FÍSICA (INCLUYE AGRESIÓN SEXUAL)

1801	¿Cuándo ocurrió la agresión física por la cual está recibiendo atención?	_ _ / _ _ / _ _ _ _ día mes año	
1802	ENTREVISTADOR Revise 701. ¿Marcó 5 ó 6? ¿Es una atención de urgencias?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1807
1803	¿Fue _____ traído directamente a esta institución, o a otra?	A esta institución A otra institución No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1807 3 <input type="checkbox"/> → 1807
1804	¿En qué se transportó usted, desde el sitio donde lo agredieron hasta esta institución?	En una ambulancia Motorizado particular Motorizado público No motorizado A pie No Sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1807 3 <input type="checkbox"/> → 1807 4 <input type="checkbox"/> → 1807 5 <input type="checkbox"/> → 1807 6 <input type="checkbox"/> → 1807
1805	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar la ambulancia desde que la solicitaron, hasta el sitio donde estaba?	Minutos No sabe	_ _ _ _ 1 <input type="checkbox"/>
1806	¿Cuánto tiempo se demoró la ambulancia desde donde estaba, hasta esta institución?	Minutos No sabe	_ _ _ _ 1 <input type="checkbox"/>
1807	Desde que llegó a esta institución, ¿Cuánto tiempo se demoraron en atenderlo?	Minutos No sabe	_ _ _ _ 1 <input type="checkbox"/>
1808	¿Le dieron orden de hospitalización por causa de la agresión?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1810
1809	¿Cuánto tiempo pasó desde que le dieron la orden de hospitalización hasta que le asignaron una cama?	Minutos No sabe	_ _ _ _ 1 <input type="checkbox"/>
1810	¿La institución le suministró todos los materiales y medicamento o tuvieron que comprar algo por fuera?	La institución tenía todo y no le pidieron nada en particular Le tocó comprar algunas cosas para él tratamiento No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Cuáles de estas actividades le realizaron a _____ durante esta atención:			
1811	¿Lo examinó un médic@ general?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1812	¿Lo examinó algún médic@ especialista?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1813	¿Le ordenaron o hicieron exámenes de laboratorio?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1814	¿Le ordenaron o hicieron rayos X u otro examen de diagnóstico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

1815	¿Lo suturaron (cosieron) o le hicieron curaciones en la piel?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1816	¿Le hicieron alguna operación o cirugía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1817	¿Le inmovilizaron (enyesaron) alguna parte del cuerpo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1818	← ENTREVISTADOR Revise las preguntas de la 1813 a la 1817. ¿En alguna respondió sí?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1820
1819	¿Le pidieron a usted o a su acudiente autorización para hacerle los procedimientos requeridos?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1820	¿Le formularon algún medicamento a _____?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1825
1821	¿Le explicaron cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1823
1822	¿Entendió usted cómo debe consumir los medicamentos?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1823	¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1824	Los medicamentos que le formularon, ¿los tiene 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"/>
1825	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"/> → 1827
1826	¿Entendió usted lo que el médico le explicó sobre su salud?	Sí No Parcialmente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1827	¿Le dijo la persona que lo atendió que debía volver a consulta de control?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1829
1828	¿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"/>
1829	¿Le dieron orden para rehabilitación?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1830	¿Cuántos días de incapacidad le han dado por las lesiones sufridas?	_____ _____ días	
← ENTREVISTADOR Lea: Quiero recordarle que sus respuestas son confidenciales, es decir nadie va a poder asociar su nombre con sus respuestas, así que puede hablarme con toda sinceridad.			

1831	¿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"/>
1832	◀ ENTREVISTADOR Revise la pregunta 721. ¿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 721 en que respondió SÍ.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN