

4. Datos Sociodemográficos

4.1. Vivienda <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Tipo cuarto <input type="radio"/> Casa indígena <input type="radio"/> Sin dato <input type="radio"/> Otro Cuál _____		
4.2. Tenencia vivienda <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Arriendo pagando <input type="radio"/> Viven sin pago <input type="radio"/> Casa indígena <input type="radio"/> Sin dato <input type="radio"/> Otro Cuál _____		
4.3 Material de las paredes <input type="radio"/> Ladrillo o bloque <input type="radio"/> Adobe o bahareque <input type="radio"/> Madera o tablón <input type="radio"/> Material prefabricado <input type="radio"/> Zinc, tela, cartón <input type="radio"/> Otro Cuál _____		
4.4 Material del piso <input type="radio"/> Alfombra <input type="radio"/> Baldosa o vinilo <input type="radio"/> Cemento <input type="radio"/> Madera o tablón <input type="radio"/> Tierra o arena <input type="radio"/> Sin dato <input type="radio"/> Otro Cuál _____		
4.5 Servicios públicos <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Acueducto <input type="radio"/> Alcantarillado <input type="radio"/> Recolección de basuras <input type="radio"/> Gas natural		
4.6 Familia <input type="radio"/> Unión estable <input type="radio"/> Madre sola <input type="radio"/> Padre solo <input type="radio"/> Familia sustitua <input type="radio"/> Familia Extensa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Sin dato		
4.7 Número de personas que componen el hogar	Número personas por habitación	Número de niños y niñas menores de cinco años
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
4.8 Actividad económica del hogar Madre: _____ Otro _____ Padre: _____ <input type="radio"/> Sin dato		
4.9 Ingresos mensuales del hogar \$ _____		
4.10 Escolaridad de la madre o cuidador <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/> Sin dato		
4.11 Escolaridad del padre <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/> Sin dato		

5. Antecedentes

5.1 Cuántos niños (as) nacieron antes del fallecido <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/> Sin dato	5.2 Intervalo de tiempo (meses) con el niño (a) que nació después <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/> Sin dato	5.3 Control prenatal <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> # controles prenatales	5.4 Complicaciones en el embarazo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cuál _____
5.5 Lugar del parto <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Centro de Salud <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Sin Dato <input type="radio"/> Otro Cuál _____		5.6 Edad gestacional al nacimiento en semanas <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input type="radio"/> Sin dato	
5.7 ¿El niño (a) nació con una enfermedad congénita? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Cuál _____ <input type="radio"/> Sin dato		5.8 ¿Tiene carné de salud infantil? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sin dato	
5.9 Peso al Nacer en gramos <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		5.10 ¿Estaba activo en crecimiento y desarrollo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sin dato	
5.11 ¿Tiene vacunas completas para la edad? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sin dato			

6. Signos de Peligro (La madre o el cuidador reconoce los siguientes signos de peligro)

6.1 Durante la enfermedad que le causó la muerte, ¿el niño (a) estaba muy delgado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
6.2 ¿Se le hincharon las piernas? (si contestó no o no sabe pase a la 6.3) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	6.2.1 ¿Cuánto le duró la hinchazón? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Dias
6.3 Durante la enfermedad que le causó la muerte ¿el niño (a) tenía el pelo con signo bandera? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.4 Durante la enfermedad que le causó la muerte ¿el niño (a) estaba pálido? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.5 ¿El niño (a) podía beber o tomar pecho? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.6 ¿El niño (a) dejó de comer en algún momento? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.7 ¿El niño (a) vomitaba lo que comía? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.8 ¿El niño (a) estaba letárgico o inconsciente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.9 ¿El niño (a) respiraba con dificultad? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.10 ¿El niño (a) estaba intranquilo, irritable? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.11 Durante la enfermedad que le causó la muerte ¿el niño (a) tuvo fiebre? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	
6.12 ¿El niño (a) tuvo diarrea durante la enfermedad que le causó la muerte? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sin dato <input type="radio"/> No sabe	

7. Datos de alimentación

7.1 ¿El niño (a) recibió leche materna? (No: pase a la 7.3) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es no especifique ¿por qué? _____			
7.2 ¿Hasta que edad le dio leche materna? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Meses			7.3 ¿Cuál alimento o líquido le empezó a dar al niño (a) diferente a la leche materna? <input type="radio"/> Fórmula Infantil <input type="radio"/> Leche de vaca <input type="radio"/> Otros líquidos <input type="radio"/> Otros sólidos
7.4 ¿A qué mes le dio por primera vez otros alimentos diferentes a leche materna o fórmula infantil? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Meses			7.5 ¿El niño usaba biberón? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7.6 ¿Cuáles tiempos de alimentación recibía el niño/niña? <input type="radio"/> Desayuno <input type="radio"/> Media mañana <input type="radio"/> Almuerzo <input type="radio"/> Onces <input type="radio"/> Comida <input type="radio"/> Otras comidas			
7.7 ¿El niño/niña se encontraba inscrito en algún programa de apoyo alimentario? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo Cuál _____			
7.8 ¿El cuidador o la familia recibieron educación sobre alimentación? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> Sin dato	7.9 ¿El cuidador o la familia recibieron educación sobre prevención de desnutrición? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> Sin dato		

7.1 Frecuencia de consumo

Alimento	Sí	No	Veces en la semana
1. Leche Infantil: leche en polvo infantil	_____	_____	_____
2. Otros Lácteos: leche de vaca, yogurt, kumis, queso	_____	_____	_____
3. Otros líquidos: jugo de fruta, chocolate, agua azucarada con panela, té, café, caldo, aromática, gaseosa	_____	_____	_____
4. Cereales: arroz, trigo, maíz, avena, cebada, productos elaborados	_____	_____	_____
5. Leguminosas: frijol, lenteja, arveja, garbanzo, soya, maní, habas	_____	_____	_____
6. Tubérculos, Plátano, Raíces: papa, yuca, plátano, ñame, arracacha	_____	_____	_____
7. Carnes, huevo: huevo, carne de res, pollo, cerdo, chivo, pescado, sardina, atún, vísceras, embutidos	_____	_____	_____
8. Frutas y Verduras	_____	_____	_____
9. Otros alimentos: Bienestarina, mezclas vegetales, dulces, condimentos	_____	_____	_____

8. Proceso de Enfermedad

8.1 ¿Cuántas veces asistió el niño al médico en los últimos seis meses? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			8.2 Enfermedades previas durante los últimos tres meses <input type="radio"/> EDA <input type="radio"/> IRA <input type="radio"/> OTRO Cuál _____								
8.3 ¿Tuvo Hospitalizaciones previas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> Sin dato	8.4 ¿Cuál fue la causa de la última hospitalización antes del fallecimiento? _____										
8.5 Según la madre o cuidador ¿el niño (a) estaba desnutrido? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> Sin dato	8.6 Fecha de inicio de la enfermedad (dd-mm-aaaa) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			/			/				
		/			/						

8. Proceso de Enfermedad - Continuación

8.7 Después de ir al médico, ¿Cómo siguió el niño (a)? <input type="radio"/> Igual <input type="radio"/> Peor <input type="radio"/> Mejor	8.8 Por qué considera que siguió igual, peor o mejor? _____
8.9 ¿Qué le dijo el médico que tenía el niño (a)? _____	8.10 Que le recomendaron que hiciera? _____
8.11 ¿Cumplió con las recomendaciones? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica	8.12 ¿Pensó que la enfermedad del niño era grave? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/> No sabe Por qué? _____
8.13 ¿Usted que hizo (en el hogar)? _____	8.14 ¿Buscó ayuda? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

9. Acciones previas a la muerte

9.1 ¿El niño (a) fue hospitalizado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Donde _____	9.2 Se sintió satisfecha (o) on la atención recibida? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Por qué? _____
9.3 Presentó alguna dificultad para acceder al servicio de salud (económica, administrativa, geográfica) ? <input type="radio"/> Si Cuál _____ <input type="radio"/> No	9.4 En las instituciones de salud le explicaron a qué servicios podía acceder o tener derecho de acuerdo con el régimen de salud <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

ANEXO Registro de medidas antropométricas y atenciones en orden cronológico registradas en el carné infantil

No.	D	M	A	Peso (kg.)	Talla(cm.)	DIAGNOSTICOS MÉDICOS O NUTRICIONALES
1.Nacimiento						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

¿Se sospecha maltrato infantil? Si No

Notas Adicionales