

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO

Encuesta Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

- (1) Corresponde a la pregunta textual del instrumento de captación.
- (2) Código simbólico fácil de interpretar y de recordar, (la letra A corresponde a opciones de respuesta abierta, acepta números y letras).
- (3) Características del campo.
- (4) Símbolos convencionales, ya sea alfabético, numérico o iconográfico, asignados para facilitar la interpretación de una representación a otra.
- (5) Descripción de las opciones de respuesta de cada pregunta del instrumento de captación.
- (6) Es el número de caracteres que ocupa el campo.
Especifica el rango de opciones que aceptan el mismo código en las preguntas de multirrespuesta.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Datos de identificación					
	ENT	Alfanumérico	01..32		2
	MUN	Alfanumérico	001..999		3
	LOC	Alfanumérico	0001..9999		4
2. NÚMERO DE FOLIO DE LA VIVIENDA					
	FOLIO	Alfanumérico	01001A..32999C		6
Total					15

SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA E IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.1 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?					
	P1_1	Alfanumérico	1 2 3 9 b	Tierra Cemento o firme Mosaico, madera u otro material no especificado blanco	1
1.2.1 ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos?					
	P1_2_1	Alfanumérico	01..99,b		2
1.2.2 ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda contando la cocina? (No cuente pasillos y baños)					
	P1_2_2	Alfanumérico	01..99,b		2
1.3 ¿En esta vivienda tienen agua de ...					
	P1_3	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 9 b	la red pública dentro de la vivienda? la red pública fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? una llave pública (o hidrante)? otra vivienda? una pipa? un pozo? un río, arroyo, lago u otro? no especificado blanco	1
1.4.1 ¿Esta vivienda tiene excusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro?					
	P1_4_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1
1.4.2 ¿Este servicio ...					
	P1_4_2	Alfanumérico	3 4 5 b 9	tiene conexión de agua? le echan agua con cubeta? ¿No se le puede echar agua? blanco no especificado	1
1.5 ¿Este servicio es para uso exclusivo de las personas de esta vivienda?					
	P1_5	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1

1.6 ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a ...					
	P1_6	Alfanumérico	1 2 3 4 5 9 b	la red pública? una fosa séptica? una tubería que va a dar a una barranca? una tubería que va a dar a un río, lago o mar? ¿No tiene drenaje? no especificado blanco	1
1.7 ¿El combustible que más usan para cocinar es ...					
	P1_7	Alfanumérico	1 2 3 4 5 9 b	gas? leña? carbón? petróleo? electricidad? no especificado blanco	1
1.8 ¿Esta vivienda es ...					
	P1_8	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 9 b	propia y totalmente pagada? propia y la están pagando? rentada o alquilada? resultado de una prestación? regalada o donada? prestada? Otra situación no especificado blanco	1
1.9 ¿En esta vivienda tienen ...					
	P1_9_0	Alfanumérico	0,b	vivienda sin equipamiento	1
	P1_9_1	Alfanumérico	1,b	televisión?	1
	P1_9_2	Alfanumérico	2,b	videocasetera o DVD?	1
	P1_9_3	Alfanumérico	3,b	teléfono?	1
	P1_9_4	Alfanumérico	4,b	estufa de gas?	1
	P1_9_5	Alfanumérico	5,b	refrigerador?	1
	P1_9_6	Alfanumérico	6,b	lavadora?	1
	P1_9_7	Alfanumérico	7,b	automóvil o camioneta propios?	1
	P1_9_8	Alfanumérico	8,b	cisterna o aljibe?	1
	P1_9_9	Alfanumérico	9,b	calentador de agua (boiler)?	1
1.10 ¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda, contando a los niños chiquitos y a los ancianos?					
	P1_10	Alfanumérico	01..99,b		2
1.11 ¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para comer?					
	P1_11	Alfanumérico	1 2 b	Sí No blanco	1
1.12 Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para comer, contando el de usted?					
	P1_12	Alfanumérico	02..99,b		2
Total					27

RESULTADO DE LA VISITA

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
RESULTADO DE LA ENTREVISTA					
	RESUL	Alfanumérico	01..09		2
	FAC_A	Numérico	000001...999999		6
	AMBITO	Numérico	U R	Urbano Rural	1
Total					9

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO
Encuesta Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

- (1) Corresponde a la pregunta textual del instrumento de captación.
- (2) Código simbólico fácil de interpretar y de recordar, (la letra A corresponde a opciones de respuesta abierta, acepta números y letras).
- (3) Características del campo.
- (4) Símbolos convencionales, ya sea alfabético, numérico o iconográfico, asignados para facilitar la interpretación de una representación a otra.
- (5) Descripción de las opciones de respuesta de cada pregunta del instrumento de captación.
- (6) Es el número de caracteres que ocupa el campo.
Especifica el rango de opciones que aceptan el mismo código en las preguntas de multirresposta.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2. NÚMERO DE FOLIO DE LA VIVIENDA					
	FOLIO	Alfanumérico	01001A...32999C		6
NÚMERO DE RENGLÓN					
	N_REN	Alfanumérico	01..30,99		2
Total					8

SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3 ¿Qué es (NOMBRE) del jefe(a) del hogar?					
	P2_3	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 9 b	Jefe(a) Esposo(a) o compañero(a) Hijo(a) Padre o madre Otro pariente: tío(a), sobrino(a), primo(a) Ninguno no especificado blanco	1
2.4 (NOMBRE) es hombre (NOMBRE) es mujer					
	SEXO	Alfanumérico	1 2 b	Hombre Mujer blanco	1
2.5 ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?					
	EDAD	Alfanumérico	000...999,b		3
2.6 ¿Está (NOMBRE) inscrito a algún seguro médico como ...					
	P2_6_1	Alfanumérico	0,1,b	IMSS?	1
	P2_6_2	Alfanumérico	2,b	ISSSTE?	1
	P2_6_3	Alfanumérico	3,b	Seguro Popular?	1
	P2_6_4	Alfanumérico	4,b	Seguro Médico para una Nueva Generación?	1
	P2_6_5	Alfanumérico	5,b	PEMEX, Marina o Defensa?	1
	P2_6_6	Alfanumérico	6,b	Seguro particular?	1
	P2_6_7	Alfanumérico	7,b	Otra institución?	1
	P2_6_8	Alfanumérico	8,b	No está afiliado	1
	P2_6_9	Alfanumérico	9,b	No sabe	1
2.7 ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?					
	ALF	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1
2.8 ¿Hasta que año o grado aprobó (NOMBRE) en la escuela?					
	NIV	Alfanumérico	0 1 2	Ninguno Preescolar Primaria	1

			3	Secundaria	
			4	Carrera técnica o comercial con secundaria terminada	
			5	Preparatoria o bachillerato	
			6	Carrera técnica o comercial con preparatoria terminada	
			7	Normal	
			8	Profesional	
			9	no especificado	
			b	blanco	
	GRA	Alfanumérico	0...9,b		1
2.9 ¿La semana pasada (NOMBRE) ...					
	P2_9	Alfanumérico	1	trabajó?	1
			2	tenía trabajo,pero no trabajó?	
			3	buscó trabajo?	
			4	¿Es estudiante?	
			5	¿Se dedica a los quehaceres del hogar?	
			6	¿Es jubilado(a) o pensionado(a)?	
			7	¿Está incapacitado(a) permanentemente para trabajar?	
			8	no trabajó?	
			9	no especificado	
			b	blanco	
2.10 Además de (CONDICIÓN DE 2.9), ¿la semana pasada (NOMBRE) ...					
	P2_10	Alfanumérico	1	vendió o hizo algún producto para su venta?	1
			2	prestó algún servicio a cambio de un pago (cortar el cabello, dar clases, lavar o planchar ropa ajena)?	
			3	ayudó trabajando en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona?	
			4	estaba esperando continuar con su trabajo o negocio?	
			5	entonces ¿no trabajó?	
			b	blanco	
			9	no especificado	
2.11 ¿En su trabajo o negocio de la semana pasada (NOMBRE) fue ...					
	P2_11	Alfanumérico	1	jornalero(a) o peón?	1
			2	empleado(a) u obrero(a)?	
			3	trabajador(a) por su cuenta?(no contrata trabajadores)	
			4	patrón(a) o empleador(a)? (contrata trabajadores)	
			5	trabajador(a) sin pago en un negocio familiar?	
			6	trabajador(a) sin pago en un negocio no familiar?	
			9	no especificado	
			b	blanco	
	FAC_A	Numérico	000001...999999		6
	AMBITO	Numérico	U	Urbano	1
			R	Rural	

Total

27

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO

Encuesta Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

- (1) Corresponde a la pregunta textual del instrumento de captación.
- (2) Código simbólico fácil de interpretar y de recordar, (la letra A corresponde a opciones de respuesta abierta, acepta números y letras).
- (3) Características del campo.
- (4) Símbolos convencionales, ya sea alfabético, numérico o iconográfico, asignados para facilitar la interpretación de una representación a otra.
- (5) Descripción de las opciones de respuesta de cada pregunta del instrumento de captación.
- (6) Es el número de caracteres que ocupa el campo.
Especifica el rango de opciones que aceptan el mismo código en las preguntas de multirresponsta.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Datos de identificación					
	ENT	Alfanumérico	01..32		2
	MUN	Alfanumérico	001..999		3
	LOC	Alfanumérico	0001..9999		4
2. NÚMERO DE FOLIO DE LA VIVIENDA					
	FOLIO	Alfanumérico	01001A..32999C		6
Total					15

FICHA DE MEDICIONES

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fecha de medición					
	FM_DIA	Alfanumérico	01..31,b		2
	FM_MES	Alfanumérico	03..04,b		2
	FM_ANIO	Alfanumérico	09,b		2
Edad (meses)					
	FM_EDAD	Alfanumérico	00..33,b		2
Peso (kg)					
	FM_PESO	Númérico	03.400..19.000, 99.999		5
Longitud (cm)					
	FM_LON	Númérico	50.0..99.9,b		3
Hemoglobina g/dL					
	FM_HEM	Númérico	04.0..20.0,99.9,b		3
Total					19

SECCIÓN 3. SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Número de renglón del (la) informante					
	N_INF	Alfanumérico	01..30,99,b		2
Número de renglón de la mamá					
	N_MAMA	Alfanumérico	01..30,88,99,b		2
Número de renglón del papá					
	N_PAPA	Alfanumérico	01..30,88,99,b		2
FECHA DE NACIMIENTO					
	FN_DIA	Alfanumérico	01..31,b		2
	FN_MES	Alfanumérico	01..12,b		2
	FN_ANIO	Alfanumérico	06..08,b		2
CONDICIÓN DEL NIÑO(A)					
	CON_MEN	Alfanumérico	1 2 b	Vivo Fallecido blanco	1
NÚMERO DE RENGLÓN DEL MENOR					
	N_REN	Alfanumérico	01..30,99,b		2
3.1 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?					
	P3_1	Alfanumérico	01..99,b		2
3.2 En total, ¿cuántas hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido?					
	P3_2	Alfanumérico	01..99,b		2
3.3 ¿Falleció alguno de sus hijos o hijas antes de los 5 años?					
	P3_3	Alfanumérico	1 2 b	Sí No blanco	1
3.4 ¿A qué edad falleció(eron) su(s) hijo(s/as) menores de 5 años?					
	P3_4_1	Alfanumérico	01..04,66,77,99,b		2
	P3_4_2	Alfanumérico	01..04,66,77,b		2
	P3_4_3	Alfanumérico	01..04,66,77,b		2
3.5.1 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) usted tomó ácido fólico?					
	P3_5_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1
3.5.2 ¿A partir de qué mes de embarazo lo tomó?					
	P3_5_2	Alfanumérico	0..9,b		1
3.5.3 ¿Cuántos meses lo tomó?					
	P3_5_3	Alfanumérico	00..10,99,b		2
3.6.1 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) usted tomó hierro?					
	P3_6_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1
3.6.2 ¿A partir de qué mes de embarazo lo tomó?					
	P3_6_2	Alfanumérico	0..9,b		1
3.6.3 ¿Cuántos meses lo tomó?					
	P3_6_3	Alfanumérico	00..09,99,b		2
3.7 ¿Usted está inscrita al Programa Oportunidades?					
	P3_7	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1
3.8.1 Durante el embarazo y/o mientras le dio (le ha dado) leche materna a (NOMBRE), ¿consumió el suplemento Nutrivida que					

	P3_8_1	Alfanumérico	1 2 b	Sí No blanco	1
3.8.2 ¿Cuántos meses lo tomó (ha tomado)?					
	P3_8_2	Alfanumérico	00..36,99,b		2
3.9 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?					
	P3_9	Alfanumérico	00..09,66,99,b		2
3.10 ¿En qué institución la revisaron?					
	P3_10_1	Alfanumérico	0,1,b	SSA Centro de salud u hospital	1
	P3_10_2	Alfanumérico	2,b	IMSS Oportunidades	1
	P3_10_3	Alfanumérico	3,b	IMSS	1
	P3_10_4	Alfanumérico	4,b	ISSSTE	1
	P3_10_5	Alfanumérico	5,b	Marina / Defensa	1
	P3_10_6	Alfanumérico	6,b	PEMEX	1
	P3_10_7	Alfanumérico	7,b	Consultorio u hospital privado	1
	P3_10_8	Alfanumérico	8,b	Cruz Roja	1
	P3_10_9	Alfanumérico	9,b	Otro lugar	1
	P3_10_9C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	2
3.11.1 Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿la revisó algún personal como...					
	P3_11_1_1	Alfanumérico	0,1,b	médico?	1
	P3_11_1_2	Alfanumérico	2,b	enfermera?	1
	P3_11_1_3	Alfanumérico	3,b	promotora, auxiliar o asistente de salud?	1
	P3_11_1_4	Alfanumérico	4,b	partera?	1
	P3_11_1_5	Alfanumérico	5,b	¿Otro personal?	1
3.11.2 ¿Cuántas veces					
	P3_11_2_1	Alfanumérico	00..36,99,b		2
	P3_11_2_2	Alfanumérico	01..36,99,b		2
	P3_11_2_3	Alfanumérico	01..36,99,b		2
	P3_11_2_4	Alfanumérico	01..36,99,b		2
	P3_11_2_5	Alfanumérico	01..36,99,b		2
3.12 Durante el embarazo de (NOMBRE) tuvo complicaciones como ...					
	P3_12_1	Alfanumérico	0,1,b	diabetes?	1
	P3_12_2	Alfanumérico	2,b	hinchazón de piernas, pies o manos?	1
	P3_12_3	Alfanumérico	3,b	presión alta o preclampsia?	1
	P3_12_4	Alfanumérico	4,b	convulsiones?	1
	P3_12_5	Alfanumérico	5,b	amenaza de aborto?	1
	P3_12_6	Alfanumérico	6,b	infección en vías urinarias o riñones?	1
	P3_12_7	Alfanumérico	7,b	Otra	1
	P3_12_7C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	2
	P3_12_8	Alfanumérico	8,b	¿Ninguna complicación?	1
Total					76

SECCIÓN 4. DATOS SOBRE EL NACIMIENTO DEL MENOR

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.1 ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando nació (NOMBRE)?					
	P4_1_1	Alfanumérico	24..44,88,99,b	Semanas	2
	P4_1_2	Alfanumérico	06..10,b	Meses	2
4.2 ¿El nacimiento de (NOMBRE) fue...					
	P4_2	Alfanumérico	1 2 3 9 b	parto normal? cesárea por urgencia? cesárea programada? no especificado blanco	1
4.3 ¿Durante el parto o después del nacimiento de (NOMBRE), tuvo complicaciones como ...					
	P4_3_1	Alfanumérico	0,1,b	presión alta o preclampsia?	1
	P4_3_2	Alfanumérico	2,b	contracciones o dolores de parto con duración de 12 horas o más?	1
	P4_3_3	Alfanumérico	3,b	hemorragia vaginal abundante después del parto?	1
	P4_3_4	Alfanumérico	4,b	fiebre alta y secreción vaginal con mal olor?	1
	P4_3_5	Alfanumérico	5,b	convulsiones o ataques que no hayan sido causados por fiebre?	1
	P4_3_6	Alfanumérico	6,b	Otra	1
	P4_3_6C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	1
	P4_3_7	Alfanumérico	7,b	¿Ninguna complicación?	1
4.4 ¿En qué institución la atendieron cuando nació (NOMBRE)?					
	P4_4	Alfanumérico	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 99 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Casa de la partera Casa de la embarazada Otro lugar no especificado blanco	2
	P4_4C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	2
4.5 ¿Quién la atendió al momento parto?					
	P4_5	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 9 b	Médico Enfermera Promotora, auxiliar o asistente de salud, partera Pariente o familiar Otra persona Nadie no especificado blanco	1
4.6 ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?					
	P4_6	Alfanumérico	0000...6666,8888,9999,b		4

4.7 Cuando nació (NOMBRE) ¿requirió incubadora?					
P4_7_1	Alfanumérico	1	Sí	1	
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
4.7 Cuando nació (NOMBRE) ¿fue necesario trasladarlo al (a otro) hospital?					
P4_7_2	Alfanumérico	1	Sí	1	
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
4.7 Cuando nació (NOMBRE) ¿requirió terapia intensiva?					
P4_7_3	Alfanumérico	1	Sí	1	
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
4.8 ¿Dónde lo(a) atendieron cuando requirió incubadora?					
P4_8_1	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1	
		2	IMSS Oportunidades		
		3	IMSS		
		4	ISSSTE		
		5	Marina / Defensa		
		6	PEMEX		
		7	Consultorio u hospital privado		
		8	Cruz Roja		
		9	Otro lugar		
		0	no especificado		
		b	blanco		
4.8 ¿Dónde lo(a) atendieron cuando fue necesario trasladarlo al (a otro) hospital?					
P4_8_2	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1	
		2	IMSS Oportunidades		
		3	IMSS		
		4	ISSSTE		
		5	Marina / Defensa		
		6	PEMEX		
		7	Consultorio u hospital privado		
		8	Cruz Roja		
		9	Otro lugar		
		0	no especificado		
		b	blanco		
4.8 ¿Dónde lo(a) atendieron cuando requirió terapia intensiva?					
P4_8_3	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1	
		2	IMSS Oportunidades		
		3	IMSS		
		4	ISSSTE		
		5	Marina / Defensa		
		6	PEMEX		
		7	Consultorio u hospital privado		
		8	Cruz Roja		
		9	Otro lugar		
		0	no especificado		
		b	blanco		
4.9 A (NOMBRE), ¿algún personal médico le encontró alguna malformación o defecto al nacer?					
P4_9_1	Alfanumérico	1	Sí	1	
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
4.9 A (NOMBRE), ¿algún personal médico le hizo la prueba del Tamiz?					
P4_9_2	Alfanumérico	1	Sí	1	
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
4.10 ¿En qué institución le encontraron la malformación o defecto al nacer?					
P4_10_1	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1	
		2	IMSS Oportunidades		
		3	IMSS		
		4	ISSSTE		
		5	Marina / Defensa		
		6	PEMEX		
		7	Consultorio u hospital privado		
		8	Cruz Roja		
		9	Otro lugar		
		0	no especificado		
		b	blanco		
4.10 ¿En qué institución le hicieron la prueba del Tamiz?					
P4_10_2	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1	
		2	IMSS Oportunidades		
		3	IMSS		
		4	ISSSTE		
		5	Marina / Defensa		
		6	PEMEX		
		7	Consultorio u hospital privado		
		8	Cruz Roja		
		9	Otro lugar		
		0	no especificado		
		b	blanco		
4.11 Cuando nació (NOMBRE), ¿le entregaron el certificado de nacimiento?					
P4_11	Alfanumérico	1	Sí	1	
		2	No		
		8	No sabe		
		9	no especificado		
		b	blanco		
4.12 ¿A los cuántos meses de nacido registró a (NOMBRE) para obtener su acta de nacimiento?					
P4_12	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2	
Total					

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.1 ¿Le dio (dieron) leche materna a (NOMBRE) alguna vez?					
	P5_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No no especificado blanco	1
5.2 En los primeros tres días de nacido(a), ¿le dio (dieron) a (NOMBRE) algo de beber aparte de la leche materna como agua					
	P5_2_1	Alfanumérico	0,1,b	agua simple?	1
	P5_2_2	Alfanumérico	2,b	té?	1
	P5_2_3	Alfanumérico	3,b	leche de fórmula? leche que no fuera materna ni de	1
	P5_2_4	Alfanumérico	4,b	fórmula?	1
	P5_2_5	Alfanumérico	5,b	otro líquido?	1
	P5_2_6	Alfanumérico	6,b	Solo leche materna	1
5.3 ¿Aún le da (dan) leche materna a (NOMBRE)?					
	P5_3	Alfanumérico	1 2 b	Sí No blanco	1
5.4 ¿Cuántos meses le dio (dieron) leche materna a (NOMBRE)?					
	P5_4_1	Alfanumérico	01..28,99,b	Meses	2
	P5_4_2	Alfanumérico	01..29,b	Días	2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomar regularmente agua simple?					
	P5_5_1	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomar regularmente otra leche en polvo o líquida?					
	P5_5_2	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomar regularmente leche LICONSA en polvo o líquida?					
	P5_5_3	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomar regularmente líquidos como agua endulzada, té, jugos, caldo de frijol, de pollo o					
	P5_5_4	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a tomar regularmente refrescos o sodas?					
	P5_5_5	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente avena, arroz, frijol, lentejas, habas ?					
	P5_5_6	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente frutas y verduras?					
	P5_5_7	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente carnes enteras o en puré?					
	P5_5_8	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente huevo?					
	P5_5_9	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente derivados lácteos?					
	P5_5_10	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente NUTRISANO o suplemento alimenticio (papilla) del Programa					
	P5_5_11	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2
5.5 ¿A qué edad comenzó (NOMBRE) a comer regularmente frituras, galletas, dulces o pastelitos?					
	P5_5_12	Alfanumérico	00..66,88,99,b		2

Total

36

SECCIÓN 6. INSCRIPCIÓN AL SMNG

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.1.1 ¿(NOMBRE) está inscrito al SMNG?					
	P6_1_1	Alfanumérico	1 2 3 9 b	Sí No Desconoce si está inscrito al SMNG no especificado blanco	1
6.1.2 ¿En qué fecha inscribió a (NOMBRE) al Seguro Médico para una Nueva Generación?					
	P6_1_2_1	Alfanumérico	01..31,99,b	Día	2
	P6_1_2_2	Alfanumérico	01..12,99,b	Mes	2
	P6_1_2_3	Alfanumérico	06..08,99,b	Año	2
6.2 ¿Dónde inscribió a (NOMBRE) al SMNG?					
	P6_2	Alfanumérico	1 2 3 4 5 9 b	Módulo en hospital Módulo en Unidad de Salud Módulo móvil Campaña de salud Otro lugar no especificado blanco	1
	P6_2C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	1
6.3 Cuando inscribió a (NOMBRE), ¿su familia ya contaba con el Seguro Popular?					
	P6_3	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No y la familia se afilió en el mismo momento no especificado blanco	1
6.4 En el último año, ¿cuánto pagó por estar inscrito al Seguro Popular?					
	P6_4	Alfanumérico	00000..12000,88888,99999,b		5
6.5 Cuando inscribió a (NOMBRE) al SMNG, ¿le entregaron algún documento como ...					
	P6_5_1	Alfanumérico	1..2,8,9,b		1
	P6_5_2	Alfanumérico	1..2,8,9,b		1
	P6_5_3	Alfanumérico	1..2,8,9,b		1

6.6 La clínica donde le toca recibir atención médica a (NOMBRE), ¿se le asignaron ...					
P6_6	Alfanumérico	1	al momento de inscribirlo(a)?		1
		2	en otro momento?		
		3	¿No se la han asignado?		
		8	No sabe		
		9	no especificado		
		b	blanco		
6.7 ¿Ha utilizado los servicios de salud del SMNG para que atiendan a (NOMBRE)?					
P6_7	Alfanumérico	1	Sí		1
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
6.8 ¿Por qué no los ha usado?					
P6_8_1	Alfanumérico	00,01,b	Nos queda lejos		2
P6_8_2	Alfanumérico	02,b	No se como funciona		2
P6_8_3	Alfanumérico	03,b	No se a donde llevarlo		2
P6_8_4	Alfanumérico	04,b	Son muchos trámites/notengo el trámite completo		2
P6_8_5	Alfanumérico	05,b	Le negaron la atención		2
P6_8_6	Alfanumérico	06,b	No hay médico(s)		2
P6_8_7	Alfanumérico	07,b	El horario es inadecuado		2
P6_8_8	Alfanumérico	08,b	La atención es mala		2
P6_8_9	Alfanumérico	09,b	Me hacen esperarmucho tiempo		2
P6_8_10	Alfanumérico	10,b	El servicio es caro		2
P6_8_11	Alfanumérico	11,b	El transporte es caro		2
P6_8_12	Alfanumérico	12,b	Tiene otro seguro médico		2
P6_8_13	Alfanumérico	13,b	Prefiero llevarlo a otro servicio		2
P6_8_14	Alfanumérico	14,b	No lo ha necesitado		2
P6_8_88	Alfanumérico	88,b	No sabe		2
Total					50

SECCIÓN 7. USO Y SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.1 ¿Cuánto tiempo le toma trasladarse de su casa hasta la unidad de salud en la que normalmente atienden a (NOMBRE)?					
P7_1_1	Alfanumérico	00..24,99,b	Horas		2
P7_1_2	Alfanumérico	00..59,b	Minutos		2
7.2 ¿Cuánto gasta en el traslado cada vez que lleva a (NOMBRE) a recibir atención médica?					
P7_2	Alfanumérico	000..999,b			3
7.3 Cada vez que solicitan atención médica para (NOMBRE), ¿se la dan?					
P7_3	Alfanumérico	1	Sí		1
		2	No		
		8	No sabe		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.4 ¿Hace cuánto fue la última vez que llevó a (NOMBRE) a la unidad de salud que le corresponde por parte del SMNG?					
P7_4_1	Alfanumérico	01..28,99,b	Meses		2
P7_4_2	Alfanumérico	01..29,b	Días		2
7.5 En la última consulta de (NOMBRE), ¿cuánto tiempo permaneció en la sala de espera antes de que lo(a) atendieran?					
P7_5	Alfanumérico	1	Más de 120 minutos		1
		2	Hasta 30 minutos		
		3	De 31 a 60 minutos		
		4	De 61 a 90 minutos		
		5	De 91 a 120 minutos		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.6 En la última consulta, ¿considera que el trato que el médico les dio a usted y a (NOMBRE) fue ...					
P7_6	Alfanumérico	1	muy bueno?		1
		2	bueno?		
		3	regular?		
		4	malo?		
		5	muy malo?		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.7 En la última consulta, ¿el médico le informó en qué consistía la enfermedad de (NOMBRE) ?					
P7_7	Alfanumérico	1	Sí		1
		2	No		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.8 Con la atención que le dio el médico a (NOMBRE) en la última consulta, ¿usted quedó					
P7_8	Alfanumérico	1	totalmente satisfecho(a)?		1
		2	satisfecho(a)?		
		3	regularmente satisfecho(a)?		
		4	insatisfecho(a)?		
		5	totalmente insatisfecho(a)?		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.9 Si (NOMBRE) tuviera otro problema de salud, ¿lo llevaría con el médico que lo atendió la última vez?					
P7_9	Alfanumérico	1	Sí		1
		2	No		
		8	No sabe		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.10 ¿El médico que atiende a (NOMBRE) le ha mencionado que (su hijo) necesita ser atendido por un especialista?					
P7_10	Alfanumérico	1	Sí		1
		2	No		
		8	No sabe		
		9	no especificado		
		b	blanco		
7.11 En la última consulta de (NOMBRE), ¿le surtieron todos los medicamentos que le recetó el médico en la farmacia de la					
P7_11	Alfanumérico	1	Le surtieron todos		1
		2	Faltaron (1 o más)		
		3	Faltaron todos		

			8	No sabe	
			9	no especificado	
			b	blanco	
7.12 ¿Cuánto tiempo tardaron en entregarle los medicamentos para (NOMBRE)?					
	P7_12	Alfanumérico	00..15,88,99,b	Días	2
7.13 ¿Cuánto gastó para obtener el total de medicamentos que le recetaron a (NOMBRE)?					
	P7_13	Alfanumérico	0000..5000,6666,9999,b		4
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como consulta externa en un centro de salud?					
	P7_14_1	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como consulta externa en un hospital?					
	P7_14_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como medicina preventiva (vacunación) ?					
	P7_14_3	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como estudios de laboratorio?					
	P7_14_4	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como rayos X y otros estudios de imagen?					
	P7_14_5	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como hospitalización?					
	P7_14_6	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.14 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) ha usado los servicios del SMNG como urgencias?					
	P7_14_7	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? consulta externa en un centro de salud?					
	P7_15_1	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1
			2	IMSS Oportunidades	
			3	IMSS	
			4	ISSSTE	
			5	Marina/Defensa	
			6	PEMEX	
			7	Consultorio u hospital privado	
			8	Cruz roja	
			9	Otro lugar	
			0	No especificado	
			b	blanco	
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? consulta externa en un hospital?					
	P7_15_2	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1
			2	IMSS Oportunidades	
			3	IMSS	
			4	ISSSTE	
			5	Marina/Defensa	
			6	PEMEX	
			7	Consultorio u hospital privado	
			8	Cruz roja	
			9	Otro lugar	
			0	No especificado	
			b	blanco	
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? medicina preventiva (vacunación) ?					
	p7_15_3	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1
			2	IMSS Oportunidades	
			3	IMSS	
			4	ISSSTE	
			5	Marina/Defensa	
			6	PEMEX	
			7	Consultorio u hospital privado	
			8	Cruz roja	
			9	Otro lugar	
			0	No especificado	
			b	blanco	
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? estudios de laboratorio?					
	p7_15_4	Alfanumérico	1	SSA Centro de salud u hospital	1
			2	IMSS Oportunidades	
			3	IMSS	
			4	ISSSTE	
			5	Marina/Defensa	
			6	PEMEX	
			7	Consultorio u hospital privado	
			8	Cruz roja	
			9	Otro lugar	
			0	No especificado	

			b	blanco	
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? rayos X y otros estudios de imagen?	p7_15_5	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina/Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz roja Otro lugar No especificado blanco	1
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? hospitalización?	p7_15_6	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina/Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz roja Otro lugar No especificado blanco	1
7.15 ¿En qué institución lo(a) atendieron? urgencias?	p7_15_7	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina/Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz roja Otro lugar No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? consulta externa en un centro de	p7_16_1	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? consulta externa en un hospital?	p7_16_2	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? medicina preventiva (vacunación) ?	p7_16_3	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? estudios de laboratorio?	p7_16_4	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? rayos X y otros estudios de imagen?	p7_16_5	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? hospitalización?	p7_16_6	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
7.16 Si usted pudiera elegir, ¿regresaría al mismo lugar para que atendieran a (NOMBRE)? urgencias?	p7_16_7	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
			Total		46

SECCIÓN 8. USO DE SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN

Pregunta (1)	Nemónico (2)	Tipo (3)	Códigos Válidos (4)	Concepto (5)	Long. (6)
8.1 ¿Tiene el carnet de citas o de control del niño sano?	P8_1	Alfanumérico	1 2 3 9 b	Sí No Sí, pero en ese momento no dispone de él No especificado blanco	1
8.2 Por favor muéstrame el carnet de citas o control del niño sano de (NOMBRE)	P8_2_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
	P8_2_2	Alfanumérico	1	Sí	1

	P8_2_3	Alfanumérico	2 9 b 1 2 9 b	No No especificado blanco Sí No No especificado blanco	1
	P8_2_4	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
8.3 La primera vez que llevó a la Unidad Médica de Salud a (NOMBRE), ¿le elaboraron un expediente clínico?					
	P8_3	Alfanumérico	1 2 3 8 9 b	Sí No Nunca lo(a) ha llevado No sabe No especificado blanco	1
8.4 En total, ¿cuántas veces ha llevado a (NOMBRE) al médico para checar su desarrollo y crecimiento sin estar enfermo?					
	P8_4	Alfanumérico	00...28,98,99,b		2
8.5 En las revisiones que le hicieron a (NOMBRE), ¿le han hecho pruebas para saber si está bien de la vista?					
	P8_5_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
8.5 En las revisiones que le hicieron a (NOMBRE), ¿le han hecho pruebas para saber si escucha bien?					
	P8_5_2	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
8.5 En las revisiones que le hicieron a (NOMBRE), ¿le han dado hierro?					
	P8_5_3	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
8.5 En las revisiones que le hicieron a (NOMBRE), ¿le han dado vitamina A?					
	P8_5_4	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
8.5 En las revisiones que le hicieron a (NOMBRE), ¿le han dado medicamentos para eliminar los parásitos?					
	P8_5_5	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí No No especificado blanco	1
8.6 ¿En qué institución le han hecho pruebas para saber si está bien de la vista?					
	P8_6_1	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz Roja Otro lugar No especificado blanco	1
8.6 ¿En qué institución le han hecho pruebas para saber si escucha bien?					
	P8_6_2	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz Roja Otro lugar No especificado blanco	1
8.6 ¿En qué institución le han dado hierro?					
	P8_6_3	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz Roja Otro lugar No especificado blanco	1
8.6 ¿En qué institución le han dado vitamina A?					
	P8_6_4	Alfanumérico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz Roja Otro lugar No especificado blanco	1
8.6 ¿En qué institución le han dado medicamentos para eliminar los parásitos?					
	P8_6_5	Alfanumérico	1 2 3 4	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE	1

			5	Marina / Defensa	
			6	PEMEX	
			7	Consultorio u hospital privado	
			8	Cruz Roja	
			9	Otro lugar	
			0	No especificado	
			b	blanco	
8.7 Por favor muéstrame la cartilla de vacunación de (NOMBRE)					
	p8_7	Alfanumérico	1	Si la muestra	1
			2	No tiene cartilla	
			3	Si la tiene, pero en ese momento no	
			9	dispone de ella	
			b	No especificado	
			b	blanco	
SRP					
	p8_7_1	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
PENTAVALENTE ACELULAR DP3+ VIP+Hib					
	p8_7_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_3	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_4	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_5	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
NEUMOCÓCCICA CONJUGADA					
	p8_7_6	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_7	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_8	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
INFLUENZA					
	p8_7_9	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_10	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_11	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_12	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
ROTAVIRUS					
	p8_7_13	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	p8_7_14	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	FAC_A	Númérico	000001...999999		6
	FAC_B	Númérico	000001...999999		6
	FAC_C	Númérico	000001...999999		6
	AMBITO	Númérico	U	Urbano	1
			R	Rural	
Total					52

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO
Encuesta Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

- (1) Corresponde a la pregunta textual del instrumento de captación.
- (2) Código simbólico fácil de interpretar y de recordar, (la letra A corresponde a opciones de respuesta abierta, acepta números y letras).
- (3) Características del campo.
- (4) Símbolos convencionales, ya sea alfabético, numérico o iconográfico, asignados para facilitar la interpretación de una representación a otra.
- (5) Descripción de las opciones de respuesta de cada pregunta del instrumento de captación.
- (6) Es el número de caracteres que ocupa el campo.
Especifica el rango de opciones que aceptan el mismo código en las preguntas de multirrespuesta.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Datos de identificación					
	ENT	Alfanumérico	01..32		2
	MUN	Alfanumérico	001..999		3
	LOC	Alfanumérico	0001..9999		4
2. NÚMERO DE FOLIO DE LA VIVIENDA					
	FOLIO	Alfanumérico	01001A..32999C		6
Total					15

SECCIÓN 9. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
En las últimas dos semanas, ¿(NOMBRE) tuvo (tiene) diarrea?					
	P9_1	Alfanumérico	1 2 9 b	SÍ NO No especificado blanco	1
9.2 ¿Cuántos días tuvo (hatenido) diarrea (NOMBRE)?					
	P9_2	Alfanumérico	00..14,88,99,b		2
9.4 Durante la diarrea que tuvo (tiene) (NOMBRE), ¿la leche materna ...					
	P9_4	Alfanumérico	1 2 3 4 9 b	se la siguió dando? se la dio más seguido? se la dio menos seguido? la suspendió? No especificado blanco	1
9.5 Durante la diarrea, ¿le dio (ha dado) a (NOMBRE) ...					
	P9_5_1		0,1,9	vida suero oral?	1
	P9_5_2		2,9	suero comercial?	1
	P9_5_3		3,9	agua sola?	1
	P9_5_4		4,9	tés?	1
	P9_5_5		5,9	otros líquidos?	1
	P9_5_6		6,9 b	¿Ninguno? blanco	1
9.6 Sin considerar la leche, ¿ahora que (NOMBRE) tuvo (ha tenido) diarrea, en relación con los alimentos					
	P9_6	Alfanumérico	1 2 3 4 5 9 b	le dio la misma cantidad? le dio más cantidad? le dio menos cantidad? se los suspendió todos? Aún no le da No especificado blanco	1
9.7 ¿Qué molestias debe presentar (NOMBRE) para que usted lo(a) lleve al médico por diarrea?					
	P9_7_1	Alfanumérico	00,01,99,b	Mucha sed	2
	P9_7_2	Alfanumérico	02,99,b	Poca ingesta de líquidos o alimentos	2
	P9_7_3	Alfanumérico	03,99,b	Estar muy quieto (débil)	2
	P9_7_4	Alfanumérico	04,99,b	Evacuaciones muy frecuentes	2
	P9_7_5	Alfanumérico	05,99,b	Vómitos	2
	P9_7_6	Alfanumérico	06,99,b	Fiebre o calentura	2
	P9_7_7	Alfanumérico	07,99,b	Llanto sin lágrimas	2
	P9_7_8	Alfanumérico	08,99,b	Sangre en heces	2
	P9_7_9	Alfanumérico	09,99,b	Otra molestia	2
	P9_7_9C	Alfanumérico		Ver catálogo preguntas abiertas	2
	P9_7_88	Alfanumérico	88,b	No sabe	2
9.8 En las últimas dos semanas, ¿(NOMBRE) ha tenido gripa, catarro, tos, bronquitis, dolor de oídos o de anginas?					
	P9_8	Alfanumérico	1	SÍ	1

			2 9 b	NO No especificado blanco	
9.9 ¿De qué se enfermó la última vez (NOMBRE)?					
	P9_9_1	Alfanumérico	0,1,9,b	Gripa o catarro	1
	P9_9_2	Alfanumérico	2,9,b	Tos	1
	P9_9_3	Alfanumérico	3,9,b	Bronquitis	1
	P9_9_4	Alfanumérico	4,9,b	Neumonía	1
	P9_9_5	Alfanumérico	5,9,b	Dolor de oídos	1
	P9_9_6	Alfanumérico	6,9,b	Dolor de anginas	1
	P9_9_7	Alfanumérico	7,9,b	Otra	1
	p9_9_7C	Alfanumérico		Ver catálogo preguntas abiertas	1
9.10 Debido a esta(s) enfermedad(es), ¿(NOMBRE) ha tenido fiebre o calentura?					
	P9_10	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí NO No sabe No especificado blanco	1
9.11 ¿Qué molestias debe presentar (NOMBRE) para que usted lo(a) lleve al médico por una enfermedad respiratoria?					
	P9_11_1	Alfanumérico	00,01,99,b	Respira rápido	2
	P9_11_2	Alfanumérico	02,99,b	No puede respirar	2
	P9_11_3	Alfanumérico	03,99,b	No come ni bebe	2
	P9_11_4	Alfanumérico	04,99,b	Se pone frío	2
	P9_11_5	Alfanumérico	05,99,b	Se ve más enfermo	2
	P9_11_6	Alfanumérico	06,99,b	Fiebre o calentura	2
	P9_11_7	Alfanumérico	07,99,b	Le sale pus del oído	2
	P9_11_8	Alfanumérico	08,99,b	Le aparecen puntos blancos en la garganta	2
	P9_11_9	Alfanumérico	09,99,b	Otra molestia	2
	P9_11_9C	Alfanumérico		Ver catálogo preguntas abiertas	2
	P9_11_88	Alfanumérico	88,b	No sabe	2
9.12 ¿Hace cuántos meses fue la última vez que (NOMBRE) tuvo diarrea?					
	P9_12_1	Alfanumérico	00..28,66,98,99,b		2
9.12 ¿Hace cuántos meses fue la última vez que (NOMBRE) tuvo gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_12_2	Alfanumérico	00..28,66,98,99,b		2
9.13 ¿Recibió atención médica en esa ocasión? Diarrea					
	P9_13_1	Alfanumérico	1 2 b	Sí No blanco	1
9.13 ¿Recibió atención médica en esa ocasión? gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_13_2	Alfanumérico	1 2 b	Sí No blanco	1
9.14 ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició la Diarrea y recibió atención médica?					
	p9_14_1_1	Alfanumérico	00..14,88,99,b	Días	2
	p9_14_1_2	Alfanumérico	01..23,88,99,b	Horas	2
9.14 ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició la gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos y recibió atención médica?					
	p9_14_2_1	Alfanumérico	00..14,88,99,b	Días	2
	p9_14_2_2	Alfanumérico	01..23,88,99,b	Horas	2
9.15 ¿Dónde lo(a) atendieron? Diarrea?					
	P9_15_1	Alfanumérico	01 02 03 04 05 06 07 08 09 88 99 b	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz roja Otro lugar No sabe No especificado blanco	2
9.15 ¿Dónde lo(a) atendieron? Gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_15_2	Alfanumérico	01 02 03 04 05	SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa	2

			06	PEMEX	
			07	Consultorio u hospital privado	
			08	Cruz roja	
			88	No sabe	
			09	Otro lugar	
			99	No especificado	
			b	blanco	
9.16.1 ¿Llevó la póliza del SMNG para que lo(a) atendieran? Diarrea?					
	P9_16_1	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			3	No tiene póliza	
			4	Desconoció si está inscrito al SMNG	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.16 ¿Llevó la póliza del SMNG para que lo(a) atendieran? Gripe, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_16_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			3	No tiene póliza	
			4	Desconoce si está inscrito al SMNG	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.17 ¿Recibió medicamentos en esa ocasión? Diarrea?					
	p9_17_1	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			b	blanco	
	p9_17_1C1	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
	p9_17_1C2	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
	p9_17_1C3	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
	p9_17_1C4	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
9.17 ¿Recibió medicamentos en esa ocasión? Gripe, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	p9_17_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			b	blanco	
	p9_17_2C1	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
	p9_17_2C2	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
	p9_17_2C3	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
	p9_17_2C4	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abierta	4
9.18 ¿Fue atendido(a) en el servicio de urgencias cuando tuvo diarrea?					
	P9_18_1	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.18 ¿Fue atendido(a) en el servicio de urgencias cuando tuvo gripe, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_18_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.19 ¿Cuánto tiempo estuvo en el servicio de urgencias diarrea?					
	p9_19_1	Alfanumérico	01..48,88,99,b		2
9.19 ¿Cuánto tiempo estuvo en el servicio de urgencias gripe, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	p9_19_2	Alfanumérico	01..48,88,99,b		2
9.20 ¿Fue necesario hospitalizarlo(a) diarrea?					
	P9_20_1	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.20 ¿Fue necesario hospitalizarlo(a) gripe, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_20_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.21 ¿Cuántos días u horas estuvo hospitalizado(a) diarrea?					
	P9_21_1_1	Alfanumérico	01..30,88,99,b	Días	2
	P9_21_1_2	Alfanumérico	01..23,88,99,b	Horas	

9.21 ¿Cuántos días u horas estuvo hospitalizado(a) gripa, tos, anginas, bronquitis o dolor de oídos?					
	P9_21_2_1	Alfanumérico	01..30,88,99,b	Días	2
	P9_21_2_2	Alfanumérico	01..23,88,99,b	Horas	
9.22 ¿Ha tenido (NOMBRE) otras enfermedades diferentes a diarrea o infecciones respiratorias, desde su nacimiento?					
	P9_22	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			9	No especificado	
			b	blanco	
9.23 ¿Qué otras enfermedades ha tenido (NOMBRE)?					
	P9_23_1C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	3
	P9_23_2C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	3
	P9_23_3C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	3
	P9_23_4C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	3
	P9_23_5C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	3
9.24 ¿Cuántos meses tenía cuando se enfermó?					
	P9_24_1	Alfanumérico	00..28,99,b		2
	P9_24_2	Alfanumérico	00..28,99,b		2
	P9_24_3	Alfanumérico	00..28,99,b		2
	P9_24_4	Alfanumérico	00..28,99,b		2
	P9_24_5	Alfanumérico	00..28,99,b		2
9.25 ¿Dónde lo(a) atendieron?					
	P9_25_1	Alfanumérico	01	SSA Centro de salud u hospital	2
			02	IMSS Oportunidades	
			03	IMSS	
			04	ISSSTE	
			05	Marina / Defensa	
			06	PEMEX	
			07	Consultorio u hospital privado	
			08	Cruz roja	
			09	Otro lugar	
			66	No solicitó atención	
			88	No sabe	
			99	No especificado	
			b	blanco	
	P9_25_2	Alfanumérico	01	SSA Centro de salud u hospital	2
			02	IMSS Oportunidades	
			03	IMSS	
			04	ISSSTE	
			05	Marina / Defensa	
			06	PEMEX	
			07	Consultorio u hospital privado	
			08	Cruz roja	
			09	Otro lugar	
			66	No solicitó atención	
			88	No sabe	
			99	No especificado	
			b	blanco	
	P9_25_3	Alfanumérico	01	SSA Centro de salud u hospital	2
			02	IMSS Oportunidades	
			03	IMSS	
			04	ISSSTE	
			05	Marina / Defensa	
			06	PEMEX	
			07	Consultorio u hospital privado	
			08	Cruz roja	
			09	Otro lugar	
			66	No solicitó atención	
			88	No sabe	
			99	No especificado	
			b	blanco	
	P9_25_4	Alfanumérico	01	SSA Centro de salud u hospital	2
			02	IMSS Oportunidades	
			03	IMSS	
			04	ISSSTE	
			05	Marina / Defensa	
			06	PEMEX	
			07	Consultorio u hospital privado	
			08	Cruz roja	
			09	Otro lugar	
			66	No solicitó atención	
			88	No sabe	

	P9_25_5	Alfanumérico	99 b 01 02 03 04 05 06 07 08 09 66 88 99 b	No especificado blanco SSA Centro de salud u hospital IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE Marina / Defensa PEMEX Consultorio u hospital privado Cruz roja Otro lugar No solicitó atención No sabe No especificado blanco	2
9.26 ¿Llevó la póliza del SMNG para solicitar que lo(a) atendieran?					
	P9_26_1	Alfanumérico	1 2 3 4 8 9 b	Si No No tiene póliza Desconoce si está inscrito al SMNG No sabe No especificado blanco	1
	P9_26_2	Alfanumérico	1 2 3 4 8 9 b	Si No No tiene la póliza Desconoce si está inscrito al SMNG No sabe No especificado blanco	1
	P9_26_3	Alfanumérico	1 2 3 4 8 9 b	Si No No tiene la póliza Desconoce si está inscrito al SMNG No sabe No especificado blanco	1
	P9_26_4	Alfanumérico	1 2 3 4 8 9 b	Si No No tiene la póliza Desconoce si está inscrito al SMNG No sabe No especificado blanco	1
	P9_26_5	Alfanumérico	1 2 3 4 8 9 b	Si No No tiene la póliza Desconoce si está inscrito al SMNG No sabe No especificado blanco	1
9.27 ¿Cuántos días lo(a) hospitalizaron?					
	P9_27_1	Alfanumérico	00..99,b		2
	P9_27_2	Alfanumérico	00..99,b		2
	P9_27_3	Alfanumérico	00..99,b		2
	P9_27_4	Alfanumérico	00..99,b		2
	P9_27_5	Alfanumérico	00..99,b		2
9.28 En los últimos 12 meses, ¿(NOMBRE) sufrió algún daño a susalud a causa de un accidente?					
	P9_28	Alfanumérico	1 2 8 9 b	SÍ NO No sabe No especificado blanco	1
9.29 ¿Cómo fue que se accidentó?					
	P9_29_1	Alfanumérico	0,1,b	Caída de un mismo nivel	1
	P9_29_2	Alfanumérico	2,b	Caída de un nivel a otro	1
	P9_29_3	Alfanumérico	3,b	Contacto con calor y sustancias calientes	1
	P9_29_4	Alfanumérico	4,b		1
	P9_29_4C	Alfanumérico		<i>Ver catálogo de preguntas abiertas</i>	1
Total					187

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10.1 ¿Conoce usted sobre la existencia de los talleres o pláticas para el autocuidado de la salud?					
	P10_1	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí NO No especificado blanco	1
10.2 ¿Ha asistido usted o alguna persona de su familia a los talleres o pláticas para el autocuidado de la salud?					
	P10_2	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí NO No sabe No especificado blanco	1
10.3 ¿El lugar donde ha(n) ido a los talleres o pláticas es un centro de salud (SSA)?					
	P10_3_1	Alfanumérico	0,1,9,b	centro de salud (SSA)?	1
	P10_3_2	Alfanumérico	2,9,b	clínica u hospital del IMSS? en su comunidad por IMSS	1
	P10_3_3	Alfanumérico	3,9,b	Oportunidades? en la casa de la promotora o auxiliar de	1
	P10_3_4	Alfanumérico	4,9,b	salud?	1
	P10_3_5	Alfanumérico	5,9,b	Otro lugar	1
	P10_3_5C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	1
10.4 En los talleres o pláticas que ha(n) participado, ¿le(s) han dado información sobre la salud de los recién nacidos y menores?					
	P10_4	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí NO No sabe No especificado blanco	1
10.5 ¿Usted sabe si la asistencia a los talleres o pláticas forma parte de las obligaciones establecidas en el SMNG?					
	P10_5	Alfanumérico	1 2 9 b	Sí NO No especificado blanco	1

Total

10

SECCIÓN 11. GASTOS EN SALUD DEL MENOR

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11.1 En los últimos 3 meses, para la atención médica de (NOMBRE), ¿cuánto gastó en ...					
	P11_1_1	Numérico	00000..99999,b	consultas? (Médico general o especialista)	5
	P11_1_2	Alfanumérico	00000..99999,b	medicamentos? (incluya los recetados y no recetados, suplementos alimenticios y material de curación)?	5
	P11_1_3	Alfanumérico	00000..99999,b	análisis clínicos o estudios de gabinete como rayos X o exámenes de sangre?	5
	P11_1_4	Alfanumérico	00000..99999,b	medicina tradicional o alternativa (incluya al curandero, naturista, homeópata)?	5
11.3 En los últimos 12 meses, como resultado de alguna enfermedad o accidente de (NOMBRE), ¿cuánto gastó en					
	P11_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
11.4.1 En los últimos 12 meses, además de los sueldos y salarios del hogar, para cubrir los gastos de la atención médica de					
	P11_4_1_1	Alfanumérico	0,1,9,b	ahorros (cuenta bancaria, tandas)?	1
	P11_4_1_2	Alfanumérico	2,b	préstamos de parientes o amigos que no son miembros del hogar?	1
	P11_4_1_3	Alfanumérico	3,b	la venta de propiedades, muebles o animales ?	1
	P11_4_1_4	Alfanumérico	4,b	empeño de bienes?	1
	P11_4_1_5	Alfanumérico	5,b	un crédito bancario?	1
	P11_4_1_6	Alfanumérico	6,b	Ninguna de las anteriores	1
11.4.2 ¿Cuánto fue el dinero que obtuvo?					
	P11_4_2	Alfanumérico	00001..99999,b		5
11.5 Por problemas de dinero, en los últimos 12 meses, ¿tuvo que ...					
	P11_5_1	Alfanumérico	1..2,8,9,b		1
	P11_5_2	Alfanumérico	1..2,8,9,b		1

Total

38

SECCIÓN 12. GASTOS E INGRESOS TOTALES DEL HOGAR

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en alimentos y bebidas para consumo dentro del hogar?	P12_1_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en alimentos y bebidas para consumo fuera del hogar?	P12_1_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en bebidas alcohólicas y cigarrillos?	P12_1_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en transporte local? (taxis, camiones urbanos, colectivos,	P12_1_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en artículos de limpieza e higiene?	P12_1_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en vestido? (excluya el gasto en uniformes y zapatos	P12_2_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en educación, útiles escolares, uniformes?	P12_2_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en actividades de distracción?	P12_2_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en renta, gas, electricidad?	P12_2_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en comunicación?	P12_2_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en cuidados de la salud?(no incluya el gasto	P12_2_6	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en artículos para el hogar, muebles, etc.?	P12_3_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en mantenimiento, reparación, remodelación (o de	P12_3_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en transporte foráneo, como autobús?	P12_3_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en adquisición de vehículos para uso particular,	P12_3_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en refacciones, partes, accesorios y mantenimiento	P12_3_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Oportunidades/Progresá? (sume el total de	P12_4_1	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Procampo?	P12_4_2	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Liconsa (leche CONASUPO)?	P12_4_3	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Programa Alimentario para Zonas Marginadas?	P12_4_4	Alfanumérico	1 2	Sí No	1

			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia Otro programa (Alimentario de Diconsa, Programa de Apoyo Alimentario y					
	P12_4_5	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	P12_4_5C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	1
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa de Oportunidades/Progresá?					
	P12_5_1	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa Procampo?					
	P12_5_2	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa Liconsa (leche CONASUPO)?					
	P12_5_3	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa Alimentario para Zonas Marginadas?					
	P12_5_4	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo de Otro programa?					
	P12_5_5	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) del programa de Oportunidades/Progresá?					
	P12_6_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) del programa Procampo?					
	P12_6_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) del programa Alimentario para Zonas Marginadas?					
	P12_6_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) de Otro programa?					
	P12_6_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.7 En el último mes, ¿cuál fue el ingreso del hogar? (Sume todos los ingresos laborales, de negocios propios, cooperativas,					
	P12_7	Alfanumérico	00000...99999,b		5
	FAC_A	Numérico	000001...999999		6
	FAC_B	Numérico	000001...999999		6
	FAC_C	Numérico	000001...999999		6
	AMBITO	Numérico	U	Urbano	1
			R	Rural	
Total					135

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO

Encuesta Seguro Médico para una Nueva Generación 2009

- (1) Corresponde a la pregunta textual del instrumento de captación.
- (2) Código simbólico fácil de interpretar y de recordar, (la letra A corresponde a opciones de respuesta abierta, acepta números y letras).
- (3) Características del campo.
- (4) Símbolos convencionales, ya sea alfabético, numérico o iconográfico, asignados para facilitar la interpretación de una representación a otra.
- (5) Descripción de las opciones de respuesta de cada pregunta del instrumento de captación.
- (6) Es el número de caracteres que ocupa el campo.
Especifica el rango de opciones que aceptan el mismo código en las preguntas de multirresponsta.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Datos de identificación					
	ENT	Alfanumérico	01..32		2
	MUN	Alfanumérico	001..999		3
	LOC	Alfanumérico	0001..9999		4
2. NÚMERO DE FOLIO DE LA VIVIENDA					
	FOLIO	Alfanumérico	01001A..32999C		6
Total					15

SECCIÓN 12. GASTOS E INGRESOS TOTALES DEL HOGAR

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en alimentos y bebidas para consumo dentro del hogar?	P12_1_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en alimentos y bebidas para consumo fuera del hogar?	P12_1_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en bebidas alcohólicas y cigarros?	P12_1_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en transporte local? (taxi, camiones urbanos, colectivos,	P12_1_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.1 En el último mes, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en artículos de limpieza e higiene?	P12_1_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en vestido? (excluya el gasto en uniformes y zapatos	P12_2_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en educación, útiles escolares, uniformes?	P12_2_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en actividades de distracción?	P12_2_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en renta, gas, electricidad?	P12_2_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en comunicación?	P12_2_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.2 En los últimos tres meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en cuidados de la salud?(no incluya el gasto	P12_2_6	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en artículos para el hogar, muebles, etc.?	P12_3_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en mantenimiento, reparación, remodelación (o de	P12_3_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en transporte foráneo, como autobús?	P12_3_3	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en adquisición de vehículos para uso particular,	P12_3_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.3 En los últimos seis meses, ¿aproximadamente de cuánto fue el gasto en refacciones, partes, accesorios y mantenimiento	P12_3_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Oportunidades/Progesa? (sume el total de	P12_4_1	Alfanumérico	1 2 8 9	Sí No No sabe No especificado	1

			b	blanco	
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Procampo?					
	P12_4_2	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Liconsa (leche CONASUPO)?					
	P12_4_3	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia de programas sociales como Programa Alimentario para Zonas Marginadas?					
	P12_4_4	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.4 ¿Alguna persona de su hogar se beneficia Otro programa (Alimentario de Diconsa, Programa de Apoyo Alimentario y					
	P12_4_5	Alfanumérico	1	Sí	1
			2	No	
			8	No sabe	
			9	No especificado	
			b	blanco	
	P12_4_5C	Alfanumérico		Ver catálogo preguntas abiertas	1
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa de Oportunidades/Progresas?					
	P12_5_1	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa Procampo?					
	P12_5_2	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa Liconsa (leche CONASUPO)?					
	P12_5_3	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo del programa Alimentario para Zonas Marginadas?					
	P12_5_4	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.5 ¿Cada cuándo recibe(n) el apoyo de Otro programa?					
	P12_5_5	Alfanumérico	1	Semanal	1
			2	Mensual	
			3	Bimestral	
			4	Semestral	
			5	Anual	
			9	No especificado	
			b	blanco	
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) del programa de Oportunidades/Progresas?					
	P12_6_1	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) del programa Procampo?					
	P12_6_2	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) del programa Alimentario para Zonas Marginadas?					
	P12_6_4	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.6 ¿Cuánto dinero recibe(n) de Otro programa?					
	P12_6_5	Alfanumérico	00000..99999,b		5
12.7 En el último mes, ¿cuál fue el ingreso del hogar? (Sume todos los ingresos laborales, de negocios propios, cooperativas,					
	P12_7	Alfanumérico	00000...99999,b		5

Total

116

SECCIÓN 13. INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR FALLECIDO

Pregunta	Nemónico	Tipo	Códigos Válidos	Concepto	Long.
----------	----------	------	-----------------	----------	-------

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13.1.1 ¿Tuvo que gastar en la atención médica de (NOMBRE) desde que inició la enfermedad o accidente hasta que falleció?					
	P13_1_1	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
13.1.2 ¿Cuánto pagó por la atención médica de (NOMBRE) en esa ocasión?					
	P13_1_2	Alfanumérico	00001...99999,b		5
13.2.1 Para los gastos de la atención médica de (NOMBRE), desde que inició su enfermedad o accidente hasta que falleció, ¿el					
	P13_2_1_1	Alfanumérico	0,1,9,b	ahorros (cuenta bancaria, tandas)?	1
	P13_2_1_2	Alfanumérico	2,b	préstamos de parientes o amigos que no son miembros del hogar?	1
	P13_2_1_3	Alfanumérico	3,b	la venta de propiedades, muebles o animales	1
	P13_2_1_4	Alfanumérico	4,b	empeño de bienes?	1
	P13_2_1_5	Alfanumérico	5,b	un crédito bancario?	1
	P13_2_1_6	Alfanumérico	6,b	Ninguna de las anteriores	1
13.2.2 ¿Cuánto fue el dinero que obtuvo?					
	P13_2_2	Alfanumérico	00001...99999,b		5
13.3 Desde que inició la enfermedad o accidente hasta que falleció (NOMBRE), ¿por problemas de dinero tuvo que ...					
	P13_3_1	Alfanumérico	1,2,8,9,b		1
	P13_3_2	Alfanumérico	1,2,8,9,b		1
13.4 Por favor muéstreme el certificado de defunción de (NOMBRE)					
	P13_4	Alfanumérico	1 2 3 9 b	Sí lo muestra No tiene el certificado Si lo tiene, pero en ese momento no dispone de él No especificado blanco	1
	P13_4_1	Alfanumérico	00..31,99,b		2
	P13_4_2	Alfanumérico	01..12,99,b		2
	P13_4_3	Alfanumérico	06..09,99,b		2
	P13_4C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	3
13.5 ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició la enfermedad o sucedió el accidente y el fallecimiento de (NOMBRE)...					
	P13_5_1	Alfanumérico	01..23,66,88,99,b	Horas	2
	P13_5_2	Alfanumérico	01..29,88,b	Días	2
	P13_5_3	Alfanumérico	00..28,88,b	Meses	2
13.6 (NOMBRE), ¿recibió atención médica a causa de esa enfermedad o accidente?					
	P13_6	Alfanumérico	1 2 8 9 b	Sí No No sabe No especificado blanco	1
13.7 ¿En qué institución lo(a) atendieron?					
	P13_7_1	Alfanumérico	0,1,9,b	SSA Centro de salud u hospital	1
	P13_7_2	Alfanumérico	2,9,b	IMSS OportunidadesI	1
	P13_7_3	Alfanumérico	3,9,b	IMSS	1
	P13_7_4	Alfanumérico	4,9,b	ISSSTE	1
	P13_7_5	Alfanumérico	5,9,b	Marina/Defensa	1
	P13_7_6	Alfanumérico	6,9,b	PEMEX	1
	P13_7_7	Alfanumérico	7,9,b	Consultorio u hospital privado	1
	P13_7_8	Alfanumérico	8,9,b	Cruz Roja	1
	P13_7_9	Alfanumérico	9,9,b	Otro lugar	1
	P13_7_9C	Alfanumérico		Ver catálogo de preguntas abiertas	2
13.8 ¿Llevó la póliza del SMNG para solicitar que lo(a) atendieran?					
	P13_8	Alfanumérico	1 2 3 8 b	Si No Desconoce si estaba inscrito al SMNG No sabe blanco	1
13.9 ¿En qué lugar falleció (NOMBRE)?					
	P13_9	Alfanumérico	1 2 3 9 b	Hogar Clínica u hospita Otro lugar No especificado blanco	1
13.10 ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía cuando nació (NOMBRE)?					
	P13_10_1	Alfanumérico	20..44,88,99,b	Semanas	2
	P13_10_2	Alfanumérico	05..10,b	Meses	2
13.11 ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?					
	P13_11	Alfanumérico	0500..5500,6666,8888,9999,b		4
	FAC_A	Numérico	000001...999999		6
	AMBITO	Numérico	U R	Urbano Rural	1

Total

212