



Encuesta de Nacimientos 2015-20

—SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA—

Personal de admisión: _____ Fecha: ____/____/____

Personal de captura: _____ Fecha: ____/____/____

ID de la familia en *Persimmony*: _____

ENCUESTA DE NACIMIENTOS - COMPLETADA EN ADMISIÓN O DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE UN(A) NIÑO(A)	Primer nombre Y apellido del niño(a):				
	Fecha <i>(mm/dd/aaaa)</i>	/ /	/ /	/ /	
	¿Puede el entrevistado (padre o tutor legal) responder a las siguientes preguntas sobre el(la) niño(a)?	<input type="radio"/> Sí <i>(proceda)</i>	<input type="radio"/> No <i>(fin de la encuesta)</i>	<input type="radio"/> Sí <i>(proceda)</i>	<input type="radio"/> No <i>(fin de la encuesta)</i>
	1) ¿Recibió la madre de este(a) niño(a) atención prenatal?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	
	2) Fumó la mamá de este(a) niño(a) durante su embarazo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	
	3) ¿Cuánto duró el embarazo correspondiente a este(a) niño(a)?	<input type="radio"/> A término <input type="radio"/> Prematuro <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> A término <input type="radio"/> Prematuro <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> A término <input type="radio"/> Prematuro <input type="radio"/> No se sabe	
	4) ¿Cuál fue el peso al nacer de este(a) niño(a)?	<input type="radio"/> Menos de 3 lb 4 oz <input type="radio"/> 3 lb 5 oz – 5 lb 7 oz <input type="radio"/> 5 lb 8 oz – 7 lb 15 oz <input type="radio"/> 8 lb o más <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Menos de 3 lb 4 oz <input type="radio"/> 3 lb 5 oz – 5 lb 7 oz <input type="radio"/> 5 lb 8 oz – 7 lb 15 oz <input type="radio"/> 8 lb o más <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> Menos de 3 lb 4 oz <input type="radio"/> 3 lb 5 oz – 5 lb 7 oz <input type="radio"/> 5 lb 8 oz – 7 lb 15 oz <input type="radio"/> 8 lb o más <input type="radio"/> No se sabe	
5) ¿Amamantó la madre a este niño(a)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <i>(fin de la encuesta)</i> <input type="radio"/> No se sabe <i>(fin de la encuesta)</i>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <i>(fin de la encuesta)</i> <input type="radio"/> No se sabe <i>(fin de la encuesta)</i>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <i>(fin de la encuesta)</i> <input type="radio"/> No se sabe <i>(fin de la encuesta)</i>		
6) ¿Cuántos meses se amamantó a este(a) niño(a)?	<input type="radio"/> _____ meses <input type="radio"/> Todavía lo amamanta <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> _____ meses <input type="radio"/> Todavía lo amamanta <input type="radio"/> No se sabe	<input type="radio"/> _____ meses <input type="radio"/> Todavía lo amamanta <input type="radio"/> No se sabe		

* Utilice formularios adicionales para hijos adicionales.