

Encuesta para cuidadores de niños menores de 5 años



Fecha de hoy: ____/____/____ Municipio: _____
Día/ mes/ año

Nombre completo: _____
Nombre Apellido paterno Apellido materno

Sexo: Hombre Mujer Otro/No responde Edad: _____ años

¿Cuántas personas hay en su hogar en total (incluido usted mismo)? _____

¿Usted es el/la cuidador/a principal de niños menores de 5 años? Si No → Si no, pase a la pregunta #20

¿Usted completó una encuesta en persona a personal de la Universidad de Yucatán, relacionada con la salud de menores de cinco años entre enero y marzo de este año? Si No

¿Cuándo recibió usted los materiales educativos de este proyecto? ____/____/____
Día/ mes/ año

1) ¿Puede nombrar 3 o más síntomas que indiquen que debe buscar atención médica para su(s) niño(s) menores de cinco años?

2) ¿Puede nombrar 3 o más síntomas que indiquen que su(s) niño(s) menores de cinco años podrían estar sufriendo de infección (sepsis)?

3) ¿Puede nombrar 3 o más síntomas que indiquen que su(s) niño(s) menores de cinco años podrían estar sufriendo de enfermedades respiratorias (neumonía)?

4) ¿Puede nombrar 3 o más síntomas que indiquen que su(s) niño(s) menores de cinco años podrían estar sufriendo de un defecto cardíaco congénito?

5) ¿Puede nombrar qué enfermedades se evitan con las vacunas? Por favor escriba todas lo que pueda:

La siguiente sección pregunta sobre sus hijos menores de cinco años y las enfermedades que tuvo su hijo menor en los últimos seis meses.

6) Escriba la información para cada niño menor de 5 años que usted es el/la cuidador/a primaria.

Iniciales	Sexo	Edad	Relación con el niño/a
1.	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro	_____ años _____ meses	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro
2.	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro	_____ años _____ meses	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro
3.	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro	_____ años _____ meses	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro

7) En los últimos 6 meses, ¿su niño/a más pequeño ha tenido alguna enfermedad? Sí No → Si no, pase a la pregunta #20

8) Cuando tuvo esta enfermedad, ¿cuánto tiempo se tardó en darse cuenta de que su niño/a estaba enfermo? _____ Horas Días Semanas

9) Por favor nombre todos los síntomas que tuvo su niño/a más pequeño en esa enfermedad:

10) ¿Usted buscó atención médica para atender la enfermedad? Sí No → Si no, pase a la pregunta #18

11) ¿Cuánto tiempo pasó entre que usted identificó la enfermedad y pudo iniciar la búsqueda de atención? _____ Horas Días Semanas

12) ¿Cuántos lugares visitó buscando atención para su niño/a? 1 2 3 4+

13) Cuando llevó al niño a recibir atención, ¿tenía usted...	¿Esto le retrasó en buscar atención?	
... suficiente dinero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
... forma de transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
... alguien le acompañe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
... que alguien se quede con sus otros hijos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

14) ¿Cuánto tiempo le llevó llegar ahí? _____ Minutos Horas

15) ¿Cuánto tuvo que gastar en transporte para llegar a ese lugar? _____ pesos

16) ¿Tuvo que pagar por la atención médica en ese lugar? Sí No → Si no, pase a la pregunta #20

17) ¿Cuánto tuvo que pagar? _____ pesos

18) Si no buscó atención médica, ¿por qué razones no buscó atención médica? Marque todas las razones que haya tenido.

La atención es muy cara No fue muy grave No confío en el personal de salud

Buscó atención, pero fue rechazada La unidad no tiene medicinas/ está mal equipado La unidad de salud está muy lejos/ No pudo conseguir transporte

Cerrado por COVID-19 Miedo a infectarse con COVID-19 Otro: _____

19) ¿A qué sistemas de seguridad social o seguro de salud está afiliada(o)? Marque todas que aplican.

Ninguno Seguro Popular Fuerzas armadas Seguro médico privado

IMSS PEMEX ISSSTE Otro

20) En las últimas 24 horas, ¿usted o alguien en su hogar ha experimentado alguno de los siguientes síntomas:
fiebre, dolor de garganta, tos, dificultad para respirar, respiración dificultosa

Sí No → Si no, pase a la pregunta #25

21) ¿Cuántas personas en su hogar (incluido usted mismo) han presentado estos síntomas? _____

22) ¿Le han hecho a usted la prueba para coronavirus (COVID-19)? Sí No → Si no, pase a la pregunta #20

23) ¿Qué resultado tuvo? Positiva para COVID-19 Negativa para COVID-19 No he recibido el resultado

24) ¿Ha estado en una unidad médica para buscar atención por su enfermedad actual? Sí No

25) ¿Qué acciones de prevención contra COVID-19 está practicando? (marque todas las que practique)

Uso de cubrebocas Guardar distancia Lavarse las manos Reducir contacto con otras personas Nada

26) ¿Qué grado de amenaza diría que representa el brote de coronavirus para las finanzas de su hogar?

Una amenaza sustancial Una amenaza moderada No es una gran amenaza No es una amenaza en absoluto

