



A. Datos de identificación de la vivienda

N° Sección				
Prov.	Municipio	Dis.	Sec.	E
N° vivienda	N° orden			



B. Reservado para la entrevistadora

N° de orden de la persona a quien se refiere la información	
Nombre y dos apellidos de la entrevistadora	
Fecha en que se cumplimentó el cuestionario (día, mes, año)	
Tiempo de duración de la entrevista (minutos)	

Naturaleza, características y finalidad

Es una encuesta demográfica cuya finalidad es obtener información sobre la fecundidad en España, así como sobre otros temas de gran preocupación social como la utilización de anticonceptivos, embarazos en adolescentes, asistencia sanitaria, etc.

La trascendencia de estos objetivos y su característica de servicio público nos impulsan a solicitar, de forma totalmente voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico** los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989 (LFEP)). Todo el personal estadístico tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras, residentes en España (artículo 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (art. 10.2 de la LFEP).

I Características generales

1. ¿Dónde ha nacido Vd.?

España

Provincia _____

Municipio _____

Extranjero

País _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad?

Española 1 → pase a pregunta 4

Extranjera 6

País _____

3. ¿En qué año vino a residir a España?

Año _____ 1 9

4. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha finalizado? (Describa detalladamente, por ejemplo BUP; FP II; ATS; Ingeniería informática; Farmacia; etc.)

Si en esta pregunta ha contestado "analfabeto," pase a pregunta 6

5. ¿En qué año finalizó estos estudios?

Año _____ 1 9

6. Durante la semana de referencia ¿cursaba algún tipo de estudios?

Sí 1

No 6 → pase a pregunta 8

7. ¿Qué tipo de estudios estaba cursando? (Detalle lo más posible)

8. ¿Ha interrumpido sus estudios durante dos o más años académicos por maternidad?

Sí 1

No 6

9. Con referencia a su creencia religiosa ¿en qué grupo se incluiría Vd.?

Católica practicante _____ 1

Católica no practicante _____ 2

Protestante _____ 3

Musulmana _____ 4

Otras religiones _____ 5

Tiene sus propias creencias _____ 6

No creyente _____ 7

No sabe/no contesta _____ 8

II Historia ocupacional

10. ¿Ha trabajado Vd. por cuenta propia o por cuenta ajena durante la semana de referencia, al menos una hora (aunque haya sido en una empresa de su familia sin retribución reglamentada)?

Si tiene un trabajo y no trabajó por vacaciones, enfermedad, etc., conteste Sí

Sí _____ 1

No _____ 6 → pase a pregunta 17

11. ¿Cuál es la ocupación o el oficio que desempeña en su empleo principal? (Precise lo más posible, por ejemplo: instaladora y reparadora de equipo telefónico, empleada de contabilidad y cálculo de nóminas y salarios)

12. ¿Cuál es la actividad del establecimiento en el que trabaja en su empleo principal?

(Precise lo más posible, por ejemplo: venta al por menor de zapatos)

13. ¿En qué situación profesional respecto a su trabajo principal, se encontraba en la semana de referencia?

Empleadora _____ 1

Empresaria sin asalariados o trabajadora independiente _____ 2

Miembro de cooperativa _____ 3

Ayuda familiar _____ 4

Asalariada sector público _____ 5

Asalariada sector privado _____ 6

Otra situación _____ 7

→ pase a pregunta 15

→ pase a pregunta 14

→ pase a pregunta 15

14. ¿Cómo es su contrato o situación laboral?

Fijo permanente a lo largo del tiempo _____ 1

Fijo discontinuo _____ 2

Temporal _____ 3

15. ¿Cuántas horas semanales dedica habitualmente a este trabajo? (Anote 99 si no lo sabe)

Número de horas _____

16. Indique el mes y el año en que empezó a trabajar en este empleo

Mes, año _____ 1 9

17. ¿Ha tenido Vd. algún empleo anteriormente?

Sí _____ 1

No _____ 6 → si en la pregunta 10 ha contestado SI pase a 23; si ha contestado NO pase a 22

31. ¿En qué año su cónyuge o pareja estable finalizó estos estudios?

Año _____ 1 9 _____

32. Durante la semana de referencia, su cónyuge o pareja estable ¿cursaba algún tipo de estudios?

Sí _____ 1
No _____ 6 → pase a pregunta 34

33. ¿Qué tipo de estudios estaba cursando? (Detalle lo más posible)

34. Con referencia a las creencias religiosas de su cónyuge o pareja estable ¿en qué grupo de los que se relacionan lo incluiría?

Católico practicante _____ 1
Católico no practicante _____ 2
Protestante _____ 3
Musulmán _____ 4
Otras religiones _____ 5
Tiene sus propias creencias _____ 6
No creyente _____ 7
No sabe/no contesta _____ 8

35. Refiriéndonos igualmente a su cónyuge o pareja estable, ¿ha trabajado por cuenta propia o por cuenta ajena durante la semana de referencia, al menos una hora (aunque haya sido en una empresa de su familia sin retribución reglamentada)?

Si tiene un trabajo y no trabajó por vacaciones, enfermedad, etc. conteste Sí

Sí _____ 1 → pase a pregunta 37
No _____ 6

36. ¿En qué situación de las siguientes se encontraba en la semana de referencia?

Parado buscando empleo _____ 1
Estudiante _____ 2
Labores del hogar _____ 3 → pase a la pregunta 43
Jubilado o pensionista _____ 4
Otra situación _____ 5

37. ¿Cuál es la ocupación o el oficio que desempeña en su empleo principal? (Precise lo más posible, por ejemplo: instalador y reparador de equipo telefónico, empleado de contabilidad y cálculo de nóminas y salarios)

38. ¿Cuál es la actividad del establecimiento en el que trabaja en su empleo principal? (Precise lo más posible, por ejemplo: venta al por menor de zapatos)

39. ¿En qué situación profesional respecto a su trabajo principal, se encontraba en la semana de referencia?

- Empleador _____ 1
- Empresario sin asalariados o trabajador independiente _____ 2
- Miembro de cooperativa _____ 3
- Ayuda familiar _____ 4
- Asalariado sector público _____ 5
- Asalariado sector privado _____ 6
- Otra situación _____ 7

→ pase a pregunta 41

→ pase a pregunta 40

→ pase a pregunta 41

40. ¿Cómo es su contrato o situación laboral?

- Fijo permanente a lo largo del tiempo _____ 1
- Fijo discontinuo _____ 2
- Temporal _____ 3

41. ¿Cuántas horas semanales dedica habitualmente a este trabajo? (Anote 99 si no lo sabe)

Número de horas _____

42. Indique el mes y el año en que empezó a trabajar en este empleo

Mes, año _____ 1, 9

IV Historia matrimonial

43. ¿En qué situación de las que se relacionan se encontraba Vd. en la semana de referencia?

Con cónyuge _____ 1 → pase a pregunta 47

Con pareja estable en el hogar _____ 2 → pase a pregunta 46

Con pareja estable fuera del hogar _____ 3 → pase a pregunta 44

Tiene relaciones ocasionales _____ 4 → pase a pregunta 47

Otra situación _____ 5

44. ¿Podría decirme por qué motivo no están viviendo juntos? (Señale como máximo dos opciones)

Vd. no quiere _____ 1

Su pareja no quiere _____ 2

Vd. no puede _____ 3

Su pareja no puede _____ 4

Otros motivos _____ 5

45. ¿Tienen intención de convivir en los próximos dos años?

Si _____ 1

No _____ 2

No sabe _____ 3

46. ¿Tienen intención de casarse en los próximos dos años?

Si _____ 1

No _____ 2

No sabe _____ 3

47. ¿Cuántas veces ha estado casada?

Número de veces _____

48. ¿Cuántos matrimonios y relaciones de pareja estable ha tenido incluyendo la actual, si existe?

Número _____

Si la respuesta es 0, pase a pregunta 50

49. Indique para cada matrimonio o relación de pareja estable los datos siguientes:

1 Relación N°	2 Fecha inicio	3 Fecha finalización	4 Motivo por el que finalizó la relación			
			Se divorciaron o separaron legalmente	Se separaron de hecho por acuerdo mutuo	Fallecimiento	Otras causas
1ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7ª Relación	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Mes <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

V Historia de embarazos

50. ¿Estaba embarazada la semana de referencia?

Sí 1 En qué fecha espera dar a luz:
 mes, año **1, 9**

No tiene pareja ni relaciones ocasionales 2

No Tiene un impedimento físico que no le permite tener hijos 3

Otros motivos 4

No lo sabe 5

51. Anteriormente, ¿ha estado embarazada alguna vez?

Sí 1 ¿Cuántas veces?

No 6 → pase a pregunta 57

52. ¿Alguno de ellos fue un embarazo fallido (aborto espontáneo o provocado)?

Sí 1 → ¿Cuántos?

No 6 → pase a pregunta 54

53. Para cada embarazo fallido, indique los datos siguientes:

1 Embarazo	2 Fecha de interrupción	3 Duración en semanas	4 ¿Fue múltiple?	5 Interrupción	6 Visitas al ginecólogo	7 El embarazo fue:
1°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
2°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
3°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
4°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
5°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
6°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
7°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
8°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
9°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6
10°	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1, 9	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Provocada <input type="checkbox"/> 1 Espontánea <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con complicaciones <input type="checkbox"/> 6

54. ¿Cuántos hijos ha tenido? (Incluya también los nacidos muertos)

*Si el número de embarazos (pregunta 51) es igual al número de embarazos fallidos (pregunta 52) anote 0 en la casilla **Número** y pase a pregunta 57*

Número _____

55. Para cada embarazo que llegó a término, indique los datos siguientes:

1 Parto N°	2 Fecha del parto	3 ¿Fue múltiple?	4 Duración en meses	5 El embarazo fue:	6 N° visi- tas al gi- necólogo	7 El parto fue:	8 ¿El parto tuvo asistencia sanitaria?
1°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
2°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
3°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
4°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
5°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
6°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
7°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
8°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
9°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3
10°	Mes _____ Año <u>1</u> , <u>9</u> _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número _____ No <input type="checkbox"/> 6	Meses _____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 6	_____	Normal <input type="checkbox"/> 1 Con cesárea <input type="checkbox"/> 2 Con compli- caciones <input type="checkbox"/> 3	Sí, en centro público <input type="checkbox"/> 1 Sí, en centro privado <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3

56. Para cada hijo biológico, indique los datos siguientes:

1	2	3	4	5	6
Hijos	Fecha de nacimiento	Sexo del nacido	¿Nació vivo?	¿Vive actualmente?	Fecha del fallecimiento
1° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
2° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
3° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
4° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
5° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
6° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
7° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
8° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
9° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>
10° hijo	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 → FIN No <input type="checkbox"/> 6	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>

57. ¿Tiene algún hijo adoptado?

Sí _____ 1 → ¿Cuántos? _____

No _____ 6

58. ¿Ha tenido o tiene algún niño en acogimiento?

Sí _____ 1 → ¿Cuántos? _____

No _____ 6

59. ¿En alguna ocasión se ha sometido o está actualmente en tratamiento para conseguir un embarazo?

Sí _____ 1

No _____ 6 → pase a pregunta 64

60. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento? (Incluya el tratamiento actual, si existe)

Nº de veces _____

61. Con éste u otros tratamientos ¿cuántas veces ha conseguido un embarazo?

Nº de veces _____

Si el número de veces es igual a 0, pase a pregunta 63

62. Y de estos embarazos ¿cuántas veces ha logrado dar a luz al menos un hijo nacido vivo?

Nº de veces _____

63. ¿Continúa en tratamiento?

Sí _____ 1

No _____ 6

VI Regulación de la fecundidad

64. Existen varios métodos para evitar o retardar el embarazo. De los que se enumeran indique cuál conoce, cuál ha utilizado y cuál utiliza actualmente (No procede contestar a la columna 4 "Utiliza actualmente", si la persona está embarazada)

1. Método	2. Conoce		3. Ha utilizado		4. Utiliza actualmente	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Píldora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Diu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Diafragma, tapón, esponja vaginal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Abstinencia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Preservativo o condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Condón femenino	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Ritmo y temperatura basal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Coitus interruptus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Lavado vaginal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Cremas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Lactancia prolongada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Inyección	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Píldora del día siguiente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Ligadura de trompas (Esterilización femenina)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Vasectomía (Esterilización masculina)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Otros métodos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Si ha contestado No en todas las opciones de las columnas 3 y 4 pase a pregunta 69.

71. ¿Por qué motivo el número de hijos que ha tenido no coincide con el que hubiera deseado tener? (Señale como máximo 3 opciones)

-Ha tenido menos hijos de los deseados por:

- Deseo de seguir estudiando _____ 1
- Problemas o molestias de salud _____ 2
- Los embarazos, partos y cuidado de los hijos son duros para la mujer _____ 3
- Demasiada edad para tener más hijos _____ 4
- Deseo o necesidad de trabajar fuera de casa _____ 5
- Insuficiencia de recursos económicos _____ 6
- Vivienda pequeña _____ 7
- Exceso de trabajo en el hogar _____ 8
- Carencia o carestía de guarderías o jardines de infancia _____ 9
- A causa de mi estado civil _____ 10
- A causa del estado civil de mi pareja _____ 11
- Por la situación de paro (propia o de la pareja) _____ 12
- Temor a que el hijo nazca con problemas de salud _____ 13
- Porque supone perder libertad y no tener tiempo para realizar otras actividades _____ 14
- Por las preocupaciones y problemas que entraña criar a los hijos _____ 15
- Porque hasta la fecha no ha completado el tamaño de familia deseado _____ 16

-Ha tenido más hijos de los deseados por:

- Fallo del método anticonceptivo utilizado _____ 17
- Desconocimiento de métodos anticonceptivos _____ 18
- Otros, especificar _____ 19

72. ¿Tiene intención de tener hijos en el futuro?

No cumplimente esta pregunta si ha contestado que tiene un impedimento físico que no le permite tener hijos, aspa en pregunta 50, casilla 3

- Sí _____ 1 Número de hijos que espera tener _____
- No _____ 6

73. Actitud de la entrevistada ante las distintas alternativas para cumplimentar el cuestionario de fecundidad

Para cumplimentar por la entrevistadora

- No mostró ninguna preferencia _____ 1
- Preferencia por contestar a la entrevistadora _____ 2
- Preferencia por autocumplimentar el CE _____ 3
- Preferencia por autocumplimentar el C en papel _____ 4
- Otros casos (describir) _____ 5