



No. Encuesta

--	--	--	--

Código encuestador /a

--	--

No. Conglomerado

--	--	--

ESTUDIO DE LINEA DE BASE PARA LA CAMPAÑA DE INFORMACION,
EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN MICRONUTRIENTES IMPULSADA POR EL
MINISTERIO DE SALUD Y EL MINISTERIO DE ACCION SOCIAL EN NICARAGUA

FORMULARIO DE NIÑOS Y NIÑAS

Pregunta filtro:

Fecha

Día	Mes	Año

¿Vive en la casa un niño o niña mayor de seis meses y menor de cinco años?

¿Está su madre en la casa?

Si la respuesta es sí a ambas preguntas, pida consentimiento para realizar la entrevista, diga que necesitará aproximadamente 15 ó 20 minutos

I IDENTIFICACION GEOGRAFICA

1. Departamento

--	--

2. Municipio

--	--

3. Comunidad o barrio _____

II DATOS GENERALES

4. Nombre del niño: _____ Sexo

--

5. Fecha de nacimiento

--	--	--

6. Edad de la madre (años)

--	--

7. ¿Señora cuál es el último grado/año que usted aprobó en la escuela?

Ninguno

Primaria

(anotar número de grado)

Secundaria

(anotar número de año)

Otro, especifique: _____

III. ALIMENTOS

¿Puede decirme si usted le da a su niño (a) algunos de los siguientes alimentos? LEA LA LISTA DE ALIMENTOS.

¿Cada cuánto? ¿Cuántas veces?

ANOTE EL NÚMERO DE VECES POR DÍA O POR SEMANA.

ALIMENTO	SI (Haga las preguntas de la derecha)	NO	DIARIO	SEMANAL	OCASIONAL
QUESO/CUAJADA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAFÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HUEVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAN, GALLETAS O REPOSTERIAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MANGO*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FRIJOLES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ZANAHORIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HOJA DE AYOTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AYOTE MADURO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LIMON	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NARANJA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLATANO VERDE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLATANO MADURO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MORONGA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. ¿Usa aceite o manteca para cocinar los alimentos del niño (a)?

Cada cuánto? Cuántas veces?

ANOTE NUMERO DE VECES POR DIA O SEMANA

Sí, manteca ☐
(haga las preguntas de la derecha)

11

Diario

11

Semanal ☐

Sí, aceite ☐
(haga las preguntas de la derecha)

11

Diario

7

Semanal

11

No ☐

10. Voy a leerle una lista de frutas y verduras y quiero que usted me diga si los tiene sembrado en el patio de su casa? PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No tiene patio ☐

SI

NO

(Haga la pregunta
de la derecha)

Estaría dispuesta a sembrarlo?

SI

NO

AYOTE

7

11

7

10

PLATANO

11

11

11

10

NARANJA

10

11

11

LIMON

11

11

11

11

IV. VITAMINA “A”

AHORA VOY A HACERLE PREGUNTAS SOBRE LA VITAMINA “A”

13. ¿Alguna vez le han dado a su niño (a) gotas de vitamina A?

Sí

☐

No (salte a la 16)

☐

No sabe (salte a la 16)

☐

No recuerda (salte a la 16)

☐

14. ¿Cuándo fue la última vez que le dieron a su niño (a) las gotas de vitamina A?

Verifique con el carnet de salud o tarjeta de vacuna.

Anote el número de días

Si hace menos de 1 mes (hasta 29 días)

Anote número de meses si hace más de 1 mes

(hasta 12 meses)

Anote número de años si hace más de 1 año

(13 meses y más)

Presentó carnet o tarjeta

Sí

☐

No

☐

Fecha de la última dosis registrada

15. ¿Dónde le dieron la vitamina “A”?

En el Centro de Salud

☐

En la Jornada de Vacunación

☐

En la farmacia privada

☐

Si fue en el Centro de Salud pero durante la Jornada de Vacunación, marcar en la casilla Jornada.

Otro, especifique _____ ☐

16. Muestre la **Lámina 1** (alimentos). **¿Puede señalar los alimentos que usted conoce que tienen vitamina “A”?**

ANOTE EL NUMERO SEGÚN EL ORDEN SEÑALADO

Zanahoria	<input type="checkbox"/>	
Mango	<input type="checkbox"/>	
Plátano maduro	<input type="checkbox"/>	
Ayote maduro	<input type="checkbox"/>	
Leche materna	<input type="checkbox"/>	
Frijoles	<input type="checkbox"/>	
Hoja de ayote	<input type="checkbox"/>	
Pan fortificado	<input type="checkbox"/>	
Plátano verde	<input type="checkbox"/>	
Todos	<input type="checkbox"/>	
Ninguno	<input type="checkbox"/>	(marque con una X)
No respondió	<input type="checkbox"/>	(marque con una X)
No sabe	<input type="checkbox"/>	(marque con una X)

17. **¿Puede decirme con sus propias palabras para qué sirve la vitamina “A”?**

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

Ayuda a disminuir la gravedad de infecciones	<input type="checkbox"/>
Ayuda a disminuir la frecuencia y duración de las infecciones (se enferma menos, casi no le da tos, es más sano)	<input type="checkbox"/>
Ayuda al crecimiento	<input type="checkbox"/>
Para la vista	<input type="checkbox"/>

Otros/especifique _____

No sabe

18. Muestre la **Lámina 2** (población). **¿Según lo que usted conoce, para quiénes sería más importante comer alimentos que tienen vitamina “A”?**

ANOTE EL NUMERO SEGÚN EL ORDEN SEÑALADO

Los niños/as

Las mujeres embarazadas

Las mujeres en período de lactancia

Los jóvenes

Todos

No respondió

(marque con una X)

No sabe

(marque con una X)

19. Muestre la **Lámina 2** (población). **¿Sabe usted a quiénes le dan gotas de vitamina “A” en el Centro de Salud?**

ANOTE EL NUMERO SEGÚN EL ORDEN SEÑALADO

Los niños /as

Las mujeres embarazadas

Las mujeres en período de lactancia

Los jóvenes

Todos

No respondió

(marque con una X)

No sabe

(marque con una X)

20. Dígame si para usted es importante o no es importante: LEER ALTERNATIVAS

NO

NO

SABE	ES IMPORTANTE	NO ES IMPORTANTE	RESPONDIO	
Que el niño reciba las gotas de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que la mujer que ha tenido niño reciba una Cápsula de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Dígame si usted considera peligroso o no peligroso : LEER ALTERNATIVAS

SABE	NO		RESPONDIO	
	ES PELIGROSO	NO ES PELIGROSO		
Que un niño no tenga suficiente vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que una mujer no tenga suficiente vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿En el mes pasado (decir el mes) en qué medios ha escuchado o visto algún mensaje sobre vitamina “A”? LEER ALTERNATIVAS.

NO RECUERDA

Radio ☐ ¿Cuál emisora? _____
 Anotar el nombre ☐

T.V. ☐ ¿En qué canal? ____/____/____/____
 Puede anotar varios canales ☐

No ☐

23. Muestre la Lámina 3 (personal de salud). ¿En el mes pasado (decir el mes) alguien le ha dado información, charla o consejo sobre la vitamina “A”? ¿Quién le dió esa información?

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS

No – Nadie (salte a la 28) ☐

Doctor (a) ☐

Enfermera (o) o auxiliar de enfermería ☐

El (la) brigadista ☐

Partera (o) ☐

Otro, especifique _____ ☐

24. **¿ Esa persona le enseñó algún material durante la explicación sobre vitamina “A”, ¿qué tipo de material era ése?**

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No ☐

Rotafolio ☐

Gráficos de siembra ☐

Lámina ☐

Afiche ☐

Manual o folleto ☐

Otro, especifique _____ ☐

25. **¿Cómo considera usted la información que recibió sobre vitamina “A”?**
LEER ALTERNATIVAS.

Totalmente nueva ☐

Algo nueva ☐

Conocida ☐

26. **¿Cómo calificaría usted el trato que recibió de la persona que le informó sobre vitamina “A”** LEER ALTERNATIVAS.

Nada Amable	<input type="text"/>
Amable	<input type="text"/>
Muy amable	<input type="text"/>

27. **¿En cuanto a las orientaciones recibidas en esa conversación o charla, fue posible para usted llevarla a la práctica / cumplirlas?** LEER ALTERNATIVAS

Sí, fue posible	<input type="text"/>
Más o menos (parcialmente)	<input type="text"/>
No fue posible	<input type="text"/>

V. HIERRO

EN ESTE MOMENTO PASAREMOS A HABLAR DE HIERRO

28. **¿Sabe dónde puede conseguir las gotas de hierro para su niño (a)?**

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS

En el Centro de Salud	<input type="text"/>
En el barrio o comunidad con el o la brigadista	<input type="text"/>
En la Jornada de Vacunación	<input type="text"/>
En el barrio o comunidad con la partera (o)	<input type="text"/>
En la farmacia privada	<input type="text"/>
No sabe	<input type="text"/>
Otro, especifique _____	<input type="text"/>

29. **¿Alguna vez le han dado a su niño (a) gotas de hierro?**

Sí	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

De la 30 a la 49 no aplican si esta respuesta es negativa

No (pase a la 50)

No sabe (pase a la 50)

☐

No recuerda (pase a la 50)

☐

30. ¿Dónde consiguió las gotas de hierro para su niño (a)?

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

En el Centro de Salud

☐

En la Jornada de Vacunación

☐

En el barrio o comunidad a través del o la brigadista

☐

En la farmacia privada

☐

Si fue en el Centro de Salud pero durante la Jornada, marcar en la casilla Jornada.

Otro, especifique_____

☐

31. ¿Cuándo fue la última vez que usted le dio a su niño (a) gotas de hierro?

Hace menos de una semana

☐

(hoy, ayer, antier o menos de 7 días)

Hace una semana o más

☐

(7 días o más pero menos de 30)

Hace un mes o más

☐

(hace 30 días o más)

No recuerda

☐

32. ¿Cada cuánto le da o le daba las gotas de hierro a su niño (a)? ¿Cuántas veces?

LEER ALTERNATIVAS

ANOTE NUMERO DE VECES POR DIA O SEMANA

Diario

☐

Semanal

☐

Otro, especifique_____

☐

33. ¿Cuántas gotas le da o le daba (diario o semanal)? Hacer la pregunta de acuerdo a la respuesta anterior.

Anotar número de gotas

No recuerda

Otro, especifique _____

34. ¿Cuántos goteros (frascos) de hierro le dieron la última vez?

Número de goteros (frascos)

No sabe

No recuerda

35. ¿Cada cuánto le indicaron darle las gotas de hierro al niño (a)? ¿Cuántas veces? LEER ALTERNATIVAS.

ANOTE NUMERO DE VECES POR DIA O SEMANA

Diario

Semanal

Otro, especifique _____

36. ¿Cuántas gotas le indicaron darle?

Número de gotas

No recuerda

Otro, especifique _____

37. ¿Quién le indicó cuantas gotas de hierro darle a su niño (a)?

Doctor (a)

Enfermera (o) o auxiliar de enfermería

El o la brigadista

Partera (o)

Nadie

No recuerda

Otro especifique _____

38. ¿Con qué líquidos le ha dado más frecuentemente las gotas de hierro a su niño (a)?

ANOTE EL NUMERO SEGÚN EL ORDEN MENCIONADO

Naranjada

Limonada

Con otros frescos de frutas

Con agua

Con leche

Solas

Otro, especifique _____

39. ¿Quién le indicó esa forma de darle las gotas de hierro a su niño (a)?

Doctor (a)

Enfermera (o) o auxiliar de enfermería

El o la brigadista

Partera (o)

Nadie

No recuerda

Otro, especifique _____

40. ¿Acostumbra a darle las gotas de hierro a su niño a una misma hora?

Sí

☐

No

☐

41. ¿En qué momento es más frecuente que usted le dé las gotas de hierro a su niño (a)? LEER ALTERNATIVAS. MARCAR LA RESPUESTA MÁS FRECUENTE.

¿ A qué hora?

ANOTAR HORA AM o

PM

En la mañana antes de comer

☐

Entre el desayuno y el almuerzo

☐

Entre el almuerzo y la cena

☐

En la noche al acostarse

☐

Con las comidas

☐

Otro, especifique _____

☐

42. ¿Quién le indicó la hora en que debe darle las gotas de hierro a su niño (a)?

Doctor (a)

☐

Enfermera o auxiliar de enfermería

☐

El o la brigadista ☐

Partera (o) ☐

Nadie ☐

No recuerda ☐

Otro, especifique _____ ☐

43. ¿El personal de salud le entregó un calendario para anotar cuándo le da las gotas de hierro a su niño (a)?

Sí ☐

No (salte a la 45) ☐

44. ¿Me permite ver el calendario?

Bien utilizado (marcado diario) ☐

Parcialmente utilizado (interrumpido) ☐

No utilizado ☐

No lo pudo presentar ☐

45. ¿Usted sabe si las gotas de hierro pueden provocar algún malestar o reacción? ¿Puede decirme que malestar o reacción pueden provocar?

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS

No ☐ (Salte a la 47)

Dolor de estómago ☐

Dolor de cabeza ☐

☐

Mareos	
Náuseas	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>
Dientes manchados	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>
Defecar negro	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>

- 46. ¿Sabe que hacer para evitar o disminuir las molestias que pueden provocar las gotas de hierro? ¿Puede decirme lo que se debe hacer?**

ANOTE EL NUMERO SEGÚN EL ORDEN MENCIONADO

No	<input type="checkbox"/>
Consultar al personal de salud	<input type="checkbox"/>
Disminuir la dosis	<input type="checkbox"/>
Tomarlas con las comidas	<input type="checkbox"/>
Tomarla a una misma hora	<input type="checkbox"/>
Abandonar el tratamiento	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>

- 47. ¿Alguien le explicó sobre posibles malestares que las gotas de hierro le pueden dar a su niño (a)? Quién?**

Doctor (a)	<input type="checkbox"/>
Enfermera (o) auxiliar de enfermería	<input type="checkbox"/>
El o la brigadista	<input type="checkbox"/>
La partera (o)	<input type="checkbox"/>

Nadie ☐

No recuerda ☐

Otro, especifique _____ ☐

- 48. ¿Ha observado algún malestar o reacción cuando le da las gotas de hierro a sus niño /a? ¿Puede decirme qué molestias o reacción ha observado?**

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No – Ninguna (Salte a la 50) ☐

Dolor de estómago ☐

Dolor de cabeza ☐

Mareos ☐

Náuseas ☐

Vómito ☐

Dientes manchados ☐

Diarrea ☐

Defecar negro ☐

Estreñimiento ☐

Otro, especifique _____ ☐

- 49. ¿Ha hecho algo para evitar o disminuir esas molestias? ¿Qué ha hecho?**

ANOTAR EL NÚMERO SEGÚN EL ORDEN MENCIONADO

Consultar al personal de salud ☐

☐

Disminuir las dosis

Dársela con las comidas

Dársela a una misma hora

Abandonar el tratamiento

No

Otro, especifique _____

(marque con una X)

50. Muestre la **Lámina 1** (alimentos). **¿Puede señalar los alimentos que usted conoce que tienen hierro?**

ANOTE EL NUMERO SEGÚN EL ORDEN SEÑALADO

Frijoles

Hoja de ayote

Pan fortificado

Plátano verde

Zanahoria

Mango

Plátano maduro

Ayote maduro

Leche materna

Todos

Ninguno

No respondió

No sabe

(marque con una X)

(marque con una X)

(marque con una X)

51. Muestre la **Lámina 2** (población). **¿Según lo que usted conoce para quiénes sería más importante comer alimentos que tienen hierro?**

ANOTE EL NÚMERO SEGÚN EL ORDEN SEÑALADO

Los niños /as

Las mujeres embarazadas

Las mujeres en período de lactancia

Los jóvenes

Todos

No sabe

☐
☐
☐
☐
☐

(marque con una X)

- 52. Muestre la Lámina 2 (población). ¿Sabe usted a quiénes dan las gotas o pastillas de hierro en el Centro de Salud?**

ANOTE EL NÚMERO SEGÚN EL ORDEN SEÑALADO

Los niños /as

Las mujeres embarazadas

Las mujeres en período de lactancia

Los jóvenes

Todos

No respondió

No sabe

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

(marque con una X)

(marque con una X)

- 53. ¿Usted sabe si hay algún alimento o bebida que debe evitarse cuando se toman las pastillas o gotas de hierro? ¿Cuál?**

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No

Café

☐
☐

No sabe

☐

Otro, especifique_____

☐

54. ¿Usted sabe si hay algún alimento o bebida que sea buena tomarse con las pastillas o gotas de hierro? ¿Cuál?

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No

☐

Naranja

☐

Limonada

☐

No sabe

☐

Otro, especifique_____

☐

55. ¿Puede decirme por favor si para usted es importante o no es importante lo siguiente: LEER ALTERNATIVAS.

NO

NO

ES IMPORTANTE NO IMPORTANTE
SABE

RESPONDIO

Que el niño tome las gotitas de hierro que le dan en el Centro de Salud

☐☐☐☐

Que la mujer embarazada tome las pastillas de hierro que le dan en el Centro de Salud.

☐☐☐☐

Que las mujeres embarazadas coman pan fortificado.

☐☐☐☐

Que el niño (a) coma pan fortificado.

☐☐☐☐

56. ¿Puede decirme por favor si usted considera peligroso, o no peligroso :

LEER ALTERNATIVAS

	NO SABE	ES PELIGROSO	NO ES PELIGROSO	NO RESPONDIO
La anemia en la mujer embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La anemia en el niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Dígame por favor si usted estaría o no de acuerdo con las siguientes acciones:

LEER ALTERNATIVAS

	DE ACUERDO	NO ESTA DE ACUERDO	NO RESPONDIO
Que las mujeres embarazadas coman alimentos ácidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las mujeres embarazadas tomen pastillas de hierro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las mujeres embarazadas coman frijoles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las mujeres embarazadas tomen café.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las mujeres después del parto coman frijoles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que las mujeres después del parto coman alimentos ácidos, como limonada, naranja y piña.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que los niños tomen café.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. **¿En el mes pasado** (decir el mes) **en qué medios ha escuchado o visto algún mensaje sobre anemia, pastillas o gotas de hierro?** LEER ALTERNATIVAS.

NO RECUERDA

Radio	<input type="checkbox"/>	¿Cuál emisora?	_____	<input type="checkbox"/>
			Anotar el nombre	
T.V.	<input type="checkbox"/>	¿En qué canal?	_____/_____/_____/_____	<input type="checkbox"/>
			Puede anotar varios canales	
No	<input type="checkbox"/>			

59. Muestre la **Lámina 3** (personal de salud). **¿En el mes pasado** (decir el mes) **alguien le ha dado información, charla o consejo sobre anemia o pastillas de hierro?**
Quién le dió esa información?

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No - Nadie (Salte a la 64)	<input type="checkbox"/>
Doctor (a)	<input type="checkbox"/>
Enfermera (o)	<input type="checkbox"/>
El o la brigadista	<input type="checkbox"/>
Partera (o)	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>

60. **¿Esa persona le enseñó algún material durante la explicación sobre hierro?**
¿Qué tipo de material era ése? (espere explicación)

PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

No	<input type="checkbox"/>
Rotafolio	<input type="checkbox"/>
Gráfico de siembra	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Lámina

Afiche

☐

Manual o folleto

☐

Otro, especifique _____ ☐

- 61. ¿Cómo considera usted la información que recibió sobre hierro/anemia?**
LEER ALTERNATIVAS.

Totalmente nueva

☐

Algo nueva

☐

Conocida

☐

- 62. Cómo calificaría usted el trato que recibió de la persona que le informó sobre las pastillas de hierro o anemia.** LEER ALTERNATIVAS

Nada amable

☐

Amable

☐

Muy amable

☐

- 63. ¿En cuanto a las orientaciones recibidas en esa conversación o charla, fue posible para usted llevarlas a la práctica / cumplirlas?** LEER ALTERNATIVAS

Sí, fue posible

☐

Más o menos (parcialmente)

☐

No fue posible

☐

VI. MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA

- 64. ¿Escucha radio en su casa?**

Sí

☐

No (Salte a la 66)

☐

- 65. ¿A qué hora usted oye la radio?** PUEDE MARCAR VARIAS CASILLAS.

¿A qué hora?

ANOTAR HORA

En la mañana	<input type="text"/>	_____
A medio día	<input type="text"/>	_____
En la tarde	<input type="text"/>	_____
En la noche	<input type="text"/>	_____

66. ¿Tiene T.V. en su casa?

Sí	<input type="text"/>
No (agradecer y terminar)	<input type="text"/>

67. ¿Puede mencionar tres de los programas que usted más ve en la T.V.? ¿A que hora los ve? ¿En qué canal?

Programa	Hora (AM o PM)	Canal
_____	_____	

_____	_____	

_____	_____	_____

Finalizar agradeciendo el tiempo y la colaboración brindada

RECUERDE REVISAR EL FORMULARIO ANTES DE SALIR DE LA CASA