

BOLIVIA
ENCUESTA DE DEMOGRAFIA Y SALUD
EDSA 2016
CUESTIONARIO DEL HOGAR

I. IDENTIFICACIÓN						
Folio	<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> CODIGO DE BARRAS (STIKER) </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div>					
UBICACIÓN GEOGRÁFICA						
1	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">Cod. Comunidad/Manzana</div> <div style="flex: 10; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <!-- Empty boxes for digits --> </div> <div style="flex: 1; text-align: center;">-</div> </div>					
2	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">N° Vivienda</div> <div style="flex: 10; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <!-- Empty boxes for digits --> </div> </div>					
3	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">N° Hogar</div> <div style="flex: 10; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <!-- Empty boxes for digits --> </div> </div>					
GEOREFERENCIACIÓN						
N° de Punto	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>					
Latitud	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">°</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">'</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">"</div> </div>					
Longitud	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">°</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">'</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">"</div> </div>					
Altura	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>					
Precisión	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>					
CÓDIGO GPS/TABLET						
ECOM	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>					
Dirección de la Vivienda						
Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/KM	Piso	N° Dpto.	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización

NOMBRE DEL JEFE (A) DEL HOGAR _____

VIVIENDA SELECCIONADA PARA ENCUESTA HOMBRES/SELECCIONADA PARA ANEMIA (SI =1, NO=2)

VISITAS DEL/A ENTREVISTADOR/A				
VISITA	FECHA		PERSONA DE CONTACTO	RESULTADO
	DIA	MES		
PRIMERA				
SEGUNDA				
TERCERA				
CUARTA				
ÚLTIMA (Copie este resultado al recuadro de la carátula)				

INCIDENCIAS DE CAMPO

- 1 ENTREVISTA COMPLETA
- 2 ENTREVISTA INCOMPLETA
- 3 TEMPORALMENTE AUSENTES
- 4 INFORMANTE NO CALIFICADO
- 5 FALTA DE CONTACTO
- 6 RECHAZO
- 7 VIVIENDA DESOCUPADA

II. DATOS DE CONTROL	
TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR.....	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>
TOTAL MUJERES ELEGIBLES DE 14-49.....	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>
TOTAL HOMBRES ELEGIBLES de 15-64.....	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>
Nº. DE ORDEN DEL INFORMANTE.....	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>
CUESTIONARIO _____ DE _____	

INSTANCIA DE SELECCIÓN

UPM <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 1. SELECCIONADA 2. REEMPLAZO 3. ADICIONAL </div>
VIVIENDA <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 1. VIVIENDA SELECCIONADA 2. VIVIENDA OMITIDA 3. VIVIENDA DE UPM ADICIONAL 4. VIVIENDA REEMPLAZO </div>

	ENTREVISTADOR/A	SUPERVISOR/A-EDITOR/A	SUPERVISOR/A GENERAL	TÉCNICO DEPARTAMENTAL
NOMBRE	_____	_____	_____	_____
FECHA	_____	_____	_____	_____

HORA
MINUTOS

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

SECCIÓN III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR				
1	NÚMERO DE ORDEN DE PERSONAS REGISTRADAS	01	02	03
2	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí. Comencemos por el jefe/la jefa del hogar.	NOMBRE		
3	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? VERIFICAR EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS CUMPLIDOS..... FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	AÑOS CUMPLIDOS..... FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	AÑOS CUMPLIDOS..... FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
4	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe/la jefa del hogar?	JEFE O JEFA DEL HOGAR..... 01	ESPOSO/ A O CONVIVIENTE..... 02 HUO/ A..... 03 ENTENADO/ A/HUASTRO/A..... 04 YERNO O NUERA..... 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A..... 06 PADRES..... 07 SUEGROS..... 08 NIETO/ NIETA..... 09 OTRO PARIENTE..... 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE..... 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO..... 12 PARIENTE DE LA EMPLREADA/O DEL HOGAR..... 13	HUO/ A..... 03 AYMARA..... 04 ENTENADO/A/HUASTRO/A..... 05 YERNO O NUERA..... 06 HERMANO/ A O CUÑADO/A..... 07 PADRES..... 08 SUEGROS..... 09 NIETO/ NIETA..... 10 OTRO PARIENTE..... 11 OTRO QUE NO ES PARIENTE..... 12 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO..... 13 PARIENTE DE LA EMPLREADA/O DEL HOGAR..... 14
5	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
6	Indague quién es el..... ¿Esposo/a ó compañero/a de (NOMBRE)? ¿Padre/padastro de (NOMBRE)? ¿Madre/madastra de (NOMBRE)? ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE ANOTE "00" SI NO APLICA O NO VIVE EN EL HOGAR	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....
7	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez (NOMBRE)?	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 9	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 9 NO SABE TODAVIA..... 8 → 9	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANI..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 → 9 NO SABE TODAVIA..... 8 → 9
8	¿Qué idiomas habla actualmente (NOMBRE)? ¿Algun otro idioma? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CODIGOS DE TODOS LOS IDIOMAS MENCIONADOS.	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANI..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)
9	¿Cómo boliviano o boliviana a qué nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece (NOMBRE)?	NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3
10	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
11	¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.	SI..... 1 NO..... 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.
12	¿Hay otras personas que tal vez no hemos listado, como bebés, niñas/os, ancianas/os, no familiares o huéspedes y/o personas con discapacidad?	SI <input type="checkbox"/> REGISTRE EN COLUMNA RESPECTIVA Y HAGA PREGUNTAS 2 A 11 NO <input type="checkbox"/> CONTINUE CON PREGUNTA 13		
13	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 14 A 49 AÑOS	01	02	03
14	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS HOMBRES DE 15 A 64 AÑOS	01	02	03
15	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS/OS NIÑAS/OS NACIDOS DESDE ENERO DE 2011		02	03
SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES		MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS
16	¿Está vivo el padre biológico de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 18)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 18)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 18)
17	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE ANOTE "00" SI NO VIVE EN EL HOGAR	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE
18	¿Está viva la madre biológica de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 20)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 20)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 20)
19	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE. ANOTE "00" SI NO VIVE EN EL HOGAR	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE
20	¿Tiene (NOMBRE) Certificado o Acta de nacimiento? SI "SI". PREGUNTE : ¿Puedo verlo? SI LE MUESTRA EL CERTIFICADO: VERIFIQUE LA FECHA DE NACIMIENTO, CORRUA LA EDAD SI ES NECESARIO EN LA PREGUNTA 3.	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8

SECCIÓN IV. EDUCACIÓN Y SALUD							
	COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	01	02	03			
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE			
		AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....			
SECCIÓN IV- A: DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO		MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS	
21	A veces los adultos que cuidan a las/os niñas/os tienen que realizar quehaceres del hogar como ir de compras, lavar la ropa, y otras tareas, y deben dejar a las/os niñas/os en casa. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia se quedó (NOMBRE) solo o al cuidado de otra/o niña/o menor de 10 años?			SIEMPRE..... 1 A VECES..... 2 NUNCA..... 3		SIEMPRE..... 1 A VECES..... 2 NUNCA..... 3	
22	Durante este año (NOMBRE) ¿asiste a algún centro o establecimiento de enseñanza preescolar o de aprendizaje temprano?			SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 24) ←	
23	¿A que tipo de establecimiento asiste (NOMBRE)?:			GUARDERÍA PÚBLICA..... 1 GUARDERÍA PRIVADA..... 3 PREESCOLAR PÚBLICO..... 4 PREESCOLAR PRIVADO..... 5 PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)		GUARDERÍA PÚBLICA..... 1 GUARDERÍA PRIVADA..... 3 PREESCOLAR PÚBLICO..... 4 PREESCOLAR PRIVADO..... 5 PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6 PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7 OTRO LUGAR..... 96 (ESPECIFIQUE)	
SECCIÓN IV- B: EDUCACIÓN		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS	
24	¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	
25	¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad? SI ES "NO" SONDEE: ¿Ni un solo año?	SI..... 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.		SI..... 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.		SI..... 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30.	
26	¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que (NOMBRE) aprobó?	NIVELCURSO NINGUNO..... 010 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).. 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADC..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		NIVELCURSO NINGUNO..... 010 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADC..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		NIVELCURSO NINGUNO..... 010 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADC..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	
SECCIÓN IV- C: ASISTENCIA ACTUAL		4 A 24 AÑOS		4 A 24 AÑOS		4 A 24 AÑOS	
27	Actualmente, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún curso o grado de educación escolar, alternativa, superior o postgrado?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 30) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 30) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 30) ←	
28	¿A qué nivel y curso de educación escolar, alternativa, superior o postgrado se inscribió/matriculó (NOMBRE) este año?	NIVELCURSO NINGUNO..... 010 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).. 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADC..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		NIVELCURSO NINGUNO..... 010 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADC..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		NIVELCURSO NINGUNO..... 010 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).... 06 UNIVERSIDAD..... 07 LICENCIATURA..... 08 POSTGRADC..... 09 TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 10 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	
29	Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste al nivel y curso al que se inscribió/matriculó este 2016?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	
29A		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.	
SECCIÓN IV - D: SALUD		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS	
30	¿El año pasado 2015, (NOMBRE) ha ido o le han llevado a algún médico tradicional/curandero/naturista?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	
30A	¿El año pasado 2015, (NOMBRE) ha ido o le han llevado a algún establecimiento o servicio de salud?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 32) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 32) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 32) ←	
31	Su visita al establecimiento de salud, fue por: A ¿Control de salud/chequeo? B ¿Atención por enfermedad? C ¿Atención por accidente? D ¿Atención por golpe fuerte producto de violencia? E ¿Información en salud?	SINO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEC..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8		SINO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8		SINO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8 ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8	
32	¿Tuvo (NOMBRE) algún problema de salud en los últimos tres meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 39) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 39) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 39) ←	

COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3		01			02			03					
		NOMBRE			NOMBRE			NOMBRE					
		AÑOS CUMPLIDOS.....			AÑOS CUMPLIDOS.....			AÑOS CUMPLIDOS.....					
33	El problema de salud que tuvo (NOMBRE) fue:	SI NO NS			SI NO NS			SI NO NS					
A	¿Diarrea?	DIARREA	1	2	8	DIARREA	1	2	8	DIARREA	1	2	8
B	¿Tos con respiración rápida y fiebre elevada?	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA	1	2	8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA	1	2	8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA	1	2	8
C	¿Tos por más de 15 días?	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS	1	2	8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS	1	2	8	TOS POR MÁS DE 15 DÍAS	1	2	8
D	¿Accidente/trauma/caída?	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1	2	8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1	2	8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA.....	1	2	8
E	¿Heridas o golpes por agresión?	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.	1	2	8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.	1	2	8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN.	1	2	8
F	¿Problemas en la piel?	PROBLEMAS DE LA PIEL	1	2	8	PROBLEMAS DE LA PIEL	1	2	8	PROBLEMAS DE LA PIEL	1	2	8
G	¿Problemas de la vista?	PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1	2	8	PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1	2	8	PROBLEMAS DE LA VISTA.....	1	2	8
H	¿Problemas del oído ?	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1	2	8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1	2	8	PROBLEMAS DEL OÍDO.....	1	2	8
I	¿Alguna discapacidad física, mental o sensorial?	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA	1	2	8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA	1	2	8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA	1	2	8
J	¿Buco dental?	BUCO DENTAL.....	1	2	8	BUCO DENTAL.....	1	2	8	BUCO DENTAL.....	1	2	8
K	¿Malaria?	MALARIA.....	1	2	8	MALARIA.....	1	2	8	MALARIA.....	1	2	8
L	¿Dengue?	DENGUE	1	2	8	DENGUE	1	2	8	DENGUE.....	1	2	8
M	¿Chagas?	CHAGAS	1	2	8	CHAGAS	1	2	8	CHAGAS	1	2	8
N	¿Leishmaniasis?	LEISHMANIASIS	1	2	8	LEISHMANIASIS	1	2	8	LEISHMANIASIS	1	2	8
O	¿Patología (enfermedad) tradicional del lugar?	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1	2	8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1	2	8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.....	1	2	8
		(ESPECIFIQUE)	1	2	8	(ESPECIFIQUE)	1	2	8	(ESPECIFIQUE)	1	2	8
X	¿Otro problema?	OTRO PROBLEMA.....	1	2	8	OTRO PROBLEMA.....	1	2	8	OTRO PROBLEMA.....	1	2	8
		(ESPECIFIQUE)	1	2	8	(ESPECIFIQUE)	1	2	8	(ESPECIFIQUE)	1	2	8
34	¿A dónde fue o llevaron a (NOMBRE) para atender este(os) problema(s) de salud?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO D OTRO PÚBLICO E (ESPECIFIQUE)				SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO D OTRO PÚBLICO E (ESPECIFIQUE)				SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO D OTRO PÚBLICO E (ESPECIFIQUE)			
	¿Alaún otro lugar?	SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO J (ESPECIFIQUE)				SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO J (ESPECIFIQUE)				SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO J (ESPECIFIQUE)			
	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS	OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"... L FARMACIA M AMIGO/FAMILIAR N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERU O NO LO LLEVARON / NO FUE OTRO LUGAR X NO SABE Z (ESPECIFIQUE)				OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"... L FARMACIA M AMIGO/FAMILIAR N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA O NO LO LLEVARON / NO FUE P OTRO LUGAR X NO SABE Z (ESPECIFIQUE)				OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"... L FARMACIA M AMIGO/FAMILIAR N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA O NO LO LLEVARON / NO FUE P OTRO LUGAR X NO SABE Z (ESPECIFIQUE)			
35		VEA PREGUNTA 34. CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38. CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39.				VEA PREGUNTA 34. CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38. CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39.				VEA PREGUNTA 34. CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L → PASE A PREGUNTA 36 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → PASE A PREGUNTA 38. CÓDIGO Z MARCADO → PASE A PREGUNTA 39.			
36	En el establecimiento de salud al que usted y/o su familia acude normalmente, el Personal de Salud:	SI NO			SI NO			SI NO					
A	¿Les atiende en su idioma?	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	1	2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	1	2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA.....	1	2			
B	¿Respeta sus costumbres?	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1	2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1	2	RESPECTA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES.....	1	2			
C	¿Les pide permiso para realizar un procedimiento médico?	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1	2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1	2	PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.....	1	2			
D	¿Les explica sobre el procedimiento médico que va a realizar?	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1	2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1	2	EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR.....	1	2			
E	¿Acepta que ustedes tengan un acompañante cuando están consultando?	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTÁN CONSULTANDO.....	1	2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTÁN CONSULTANDO.....	1	2	ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTÁN CONSULTANDO.....	1	2			
F	¿Respetan la privacidad de ustedes?	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1	2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1	2	RESPECTAN LA PRIVACIDAD.....	1	2			
G	¿Les brinda información en temas de salud?	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1	2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1	2	LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD.....	1	2			
37		PASE A PREGUNTA 39			PASE A PREGUNTA 39			PASE A PREGUNTA 39					
38	¿Por qué no fue o no llevaron a (NOMBRE) a un centro médico o servicio de salud?	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)				HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)				HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)			
	¿Alguna otra razón?	OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)				OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)				OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)			
	ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS	OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)				OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)				OTRA RAZÓN X NO SABE..... Z (ESPECIFIQUE)			
38A	¿En los últimos tres meses usted recibió o compró medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4				CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4				CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4			
SECCIÓN IV - E: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		18 AÑOS Y MÁS			18 AÑOS Y MÁS			18 AÑOS Y MÁS					
39	¿Tiene (NOMBRE) algún problema de salud, herida o enfermedad persistente diagnosticada en los últimos doce meses?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 44) ←				SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 44) ←				SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 44) ←			
40	El problema de salud que tiene (NOMBRE) es:	SI NO NS			SI NO NS			SI NO NS					
A	¿Diabetes?	DIABETES	1	2	8	DIABETES	1	2	8	DIABETES	1	2	8
B	¿Obesidad?	OBEESIDAD	1	2	8	OBEESIDAD	1	2	8	OBEESIDAD	1	2	8
C	¿Hipertensión arterial? (presión alta)	HIPERTENSION ARTERIAL	1	2	8	HIPERTENSION ARTERIAL	1	2	8	HIPERTENSION ARTERIAL	1	2	8
D	¿Cáncer?	CANCER	1	2	8	CANCER	1	2	8	CANCER	1	2	8
E	¿Enfermedad del corazón o vasos sanguíneos?	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUÍNEOS	1	2	8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUÍNEOS	1	2	8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUÍNEOS	1	2	8
F	¿Enfermedad respiratoria crónica?	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS	1	2	8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS	1	2	8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS	1	2	8
G	¿Enfermedad renal?	ENFERMEDAD RENAL	1	2	8	ENFERMEDAD RENAL	1	2	8	ENFERMEDAD RENAL	1	2	8
X	¿Otro?	OTRO	1	2	8	OTRO	1	2	8	OTRO	1	2	8
		(ESPECIFIQUE)				(ESPECIFIQUE)				(ESPECIFIQUE)			

		01		02		03	
	COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
		AÑOS CUMPLIDOS..... <div></div>		AÑOS CUMPLIDOS..... <div></div>		AÑOS CUMPLIDOS..... <div></div>	
41	<p>¿Dónde fue atendido (NOMBRE) por este(os) problema(s) de salud?</p> <p>¿Algún otro lugar?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS LUGARES MENCIONADOS</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... A</p> <p>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO... C</p> <p>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</p> <p>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D</p> <p>OTRO PÚBLICO..... E</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA... F</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... G</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO/.....</p> <p>MÉDICO PARTICULAR..... I</p> <p>OTRO PRIVADO..... J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</p> <p>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</p> <p>COMUNITARIO DE SALUD ... K</p> <p>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".. L</p> <p>FARMACIA..... M</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... N</p> <p>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</p> <p>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/..... O</p> <p>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</p> <p>OTRO LUGAR..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>		<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... A</p> <p>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO... C</p> <p>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</p> <p>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D</p> <p>OTRO PÚBLICO..... E</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA... F</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... G</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO/.....</p> <p>MÉDICO PARTICULAR..... I</p> <p>OTRO PRIVADO..... J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</p> <p>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</p> <p>COMUNITARIO DE SALUD ... K</p> <p>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".. L</p> <p>FARMACIA..... M</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... N</p> <p>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</p> <p>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O</p> <p>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</p> <p>OTRO LUGAR..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>		<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... A</p> <p>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO... C</p> <p>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</p> <p>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... D</p> <p>OTRO PÚBLICO..... E</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA... F</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... G</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO/.....</p> <p>MÉDICO PARTICULAR..... I</p> <p>OTRO PRIVADO..... J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</p> <p>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</p> <p>COMUNITARIO DE SALUD ... K</p> <p>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".. L</p> <p>FARMACIA..... M</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... N</p> <p>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</p> <p>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O</p> <p>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</p> <p>OTRO LUGAR..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
42		<p>VEA PREGUNTA 41</p> <p>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44</p> <p>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43</p>		<p>VEA PREGUNTA 41</p> <p>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44</p> <p>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43</p>		<p>VEA PREGUNTA 41</p> <p>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44</p> <p>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43</p>	
43	<p>¿Por qué no fue o no llevaron a (NOMBRE) a un centro médico o servicio de salud?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS</p>	<p>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO... B</p> <p>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE... C</p> <p>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</p> <p>NO CAPACITADO..... E</p> <p>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... F</p> <p>NO ES LIMPIO..... G</p> <p>QUEDA MUY LEJOS..... H</p> <p>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... I</p> <p>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO... J</p> <p>NO TENIA DINERO..... K</p> <p>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... L</p> <p>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....</p> <p>OTRA RAZÓN..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>		<p>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO... B</p> <p>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE... C</p> <p>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</p> <p>NO CAPACITADO..... E</p> <p>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... F</p> <p>NO ES LIMPIO..... G</p> <p>QUEDA MUY LEJOS..... H</p> <p>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... I</p> <p>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO... J</p> <p>NO TENIA DINERO..... K</p> <p>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... L</p> <p>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....</p> <p>OTRA RAZÓN..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>		<p>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</p> <p>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO... B</p> <p>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE... C</p> <p>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</p> <p>NO CAPACITADO..... E</p> <p>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... F</p> <p>NO ES LIMPIO..... G</p> <p>QUEDA MUY LEJOS..... H</p> <p>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... I</p> <p>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO... J</p> <p>NO TENIA DINERO..... K</p> <p>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... L</p> <p>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....</p> <p>OTRA RAZÓN..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
	LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL	14 AÑOS O MÁS		14 AÑOS O MÁS		14 AÑOS O MÁS	
44	<p>¿Conoce o ha oído hablar de la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (Ley 475) que permite atención gratuita a los siguientes grupos de personas:</p> <p>A Embarazadas?</p> <p>B Niños y niñas menores de 5 años?</p> <p>C Hombre y mujer de 60 y mas años de edad?</p> <p>D Personas con discapacidad?</p> <p>X Otras personas?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>EMBARAZADAS..... 1 2 8</p> <p>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8</p> <p>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MÁS..... 1 2 8</p> <p>PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		<p>SI NO NS</p> <p>EMBARAZADAS..... 1 2 8</p> <p>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8</p> <p>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8</p> <p>PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		<p>SI NO NS</p> <p>EMBARAZADAS..... 1 2 8</p> <p>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS..... 1 2 8</p> <p>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS..... 1 2 8</p> <p>PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
45	<p>¿Sabe que para recibir atención de enfermedades que no son urgencias o emergencias debe acudir al primer nivel de ATENCIÓN (Centro o Puesto de Salud)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
	ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS	
46	<p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si en su hogar vive alguna persona con limitación o dificultad permanente que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.</p> <p>¿(NOMBRE) tiene alguna limitación o dificultad permanente:</p> <p>A Para moverse, caminar, usar sus brazos y/o piernas?</p> <p>B Para ver, a pesar de usar lentes o anteojos?</p> <p>C Para oír, aún usando audífonos?</p> <p>D Para hablar o comunicarse?</p> <p>E Para entender o aprender (concentrarse y recordar)?</p> <p>X alguna otra limitación o dificultad de manera permanente?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS..... 1 2 8</p> <p>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8</p> <p>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8</p> <p>PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8</p> <p>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		<p>SI NO NS</p> <p>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS..... 1 2 8</p> <p>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8</p> <p>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8</p> <p>PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8</p> <p>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		<p>SI NO NS</p> <p>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS..... 1 2 8</p> <p>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS..... 1 2 8</p> <p>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS..... 1 2 8</p> <p>PARA HABLAR O COMUNICARSE..... 1 2 8</p> <p>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)..... 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
47	<p>¿(NOMBRE) Tiene Carnet de Persona con Discapacidad?</p> <p>SI "SI". SOLICITE Y REGISTRE LA FECHA DEL CARNET Y TIPO DE DISCAPACIDAD</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p> <p>FECH<div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></p> <p>(TIPO DE DISCAPACIDAD)</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p> <p>FECH<div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></p> <p>(TIPO DE DISCAPACIDAD)</p>		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p> <p>FECH<div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></p> <p>(TIPO DE DISCAPACIDAD)</p>	
48		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.	

04		05		06		07	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....	
FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
HIJO/ A 03 ENTENADO/A/HUASTRO/A 04 YERNO O NUERA 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A 06 PADRES 07 SUEGROS 08 NIETO/ NIETA 09 OTRO PARIENTE 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR 13		HIJO/ A 03 ENTENADO/A/HUASTRO/A 04 YERNO O NUERA 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A 06 PADRES 07 SUEGROS 08 NIETO/ NIETA 09 OTRO PARIENTE 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR 13		HIJO/ A 03 ENTENADO/A/HUASTRO/A 04 YERNO O NUERA 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A 06 PADRES 07 SUEGROS 08 NIETO/ NIETA 09 OTRO PARIENTE 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR 13		HIJO/ A 03 ENTENADO/A/HUASTRO/A 04 YERNO O NUERA 05 HERMANO/ A O CUÑADO/A 06 PADRES 07 SUEGROS 08 NIETO/ NIETA 09 OTRO PARIENTE 10 OTRO QUE NO ES PARIENTE 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR 13	
HOMBRE 1 MUJER 2		HOMBRE 1 MUJER 2		HOMBRE 1 MUJER 2		HOMBRE 1 MUJER 2	
SU ESPOSO/ A SU PADRE/ PADRASTRO SU MADRE/ MADRASTRA		SU ESPOSO/ A SU PADRE/ PADRASTRO SU MADRE/ MADRASTRA		SU ESPOSO/ A SU PADRE/ PADRASTRO SU MADRE/ MADRASTRA		SU ESPOSO/ A SU PADRE/ PADRASTRO SU MADRE/ MADRASTRA	
QUECHUA 1 AYMARA 2 CASTELLANO 3 GUARANÍ 4 OTRO NATIVO 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO 6 NO PUEDE HABLAR 7 NO SABE TODAVIA 8		QUECHUA 1 AYMARA 2 CASTELLANO 3 GUARANÍ 4 OTRO NATIVO 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO 6 NO PUEDE HABLAR 7 NO SABE TODAVIA 8		QUECHUA 1 AYMARA 2 CASTELLANO 3 GUARANÍ 4 OTRO NATIVO 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO 6 NO PUEDE HABLAR 7 NO SABE TODAVIA 8		QUECHUA 1 AYMARA 2 CASTELLANO 3 GUARANÍ 4 OTRO NATIVO 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO 6 NO PUEDE HABLAR 7 NO SABE TODAVIA 8	
QUECHUA A AYMARA B CASTELLANO C GUARANÍ D OTRO NATIVO X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO Y (ESPECIFIQUE)		QUECHUA A AYMARA B CASTELLANO C GUARANÍ D OTRO NATIVO X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO Y (ESPECIFIQUE)		QUECHUA A AYMARA B CASTELLANO C GUARANÍ D OTRO NATIVO X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO Y (ESPECIFIQUE)		QUECHUA A AYMARA B CASTELLANO C GUARANÍ D OTRO NATIVO X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO Y (ESPECIFIQUE)	
NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA 3		NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA 3		NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA 3		NACION O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA 3	
SI 1 NO 2		SI 1 NO 2		SI 1 NO 2		SI 1 NO 2	
SI 1 NO 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.		SI 1 NO 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.		SI 1 NO 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.		SI 1 NO 2 PASE A SIGUIENTE PERSONA Y HAGA PREGUNTA 3. SI NO HAY MÁS, PASE A 12.	
04		05		06		07	
04		05		06		07	
04		05		06		07	
MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS	
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 18)		SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 18)		SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 18)		SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 18)	
NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 20)		SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 20)		SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 20)		SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 20)	
NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE		NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE		NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE		NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE	
SI TIENE, VISTO 1 SI TIENE, NO VISTO 2 NO TIENE 3 NO SABE 8		SI TIENE, VISTO 1 SI TIENE, NO VISTO 2 NO TIENE 3 NO SABE 8		SI TIENE, VISTO 1 SI TIENE, NO VISTO 2 NO TIENE 3 NO SABE 8		SI TIENE, VISTO 1 SI TIENE, NO VISTO 2 NO TIENE 3 NO SABE 8	
3							

04		05		06		07	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....	
MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS		MENORES DE 6 AÑOS	
SIEMPRE..... 1		SIEMPRE..... 1		SIEMPRE..... 1		SIEMPRE..... 1	
A VECES..... 2		A VECES..... 2		A VECES..... 2		A VECES..... 2	
NUNCA..... 3		NUNCA..... 3		NUNCA..... 3		NUNCA..... 3	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
(PASE A 24)		(PASE A 24)		(PASE A 24)		(PASE A 24)	
GUARDERÍA PÚBLICA..... 1		GUARDERÍA PÚBLICA..... 1		GUARDERÍA PÚBLICA..... 1		GUARDERÍA PÚBLICA..... 1	
GUARDERÍA PRIVADA..... 3		GUARDERÍA PRIVADA..... 3		GUARDERÍA PRIVADA..... 3		GUARDERÍA PRIVADA..... 3	
PREESCOLAR PÚBLICO..... 4		PREESCOLAR PÚBLICO..... 4		PREESCOLAR PÚBLICO..... 4		PREESCOLAR PÚBLICO..... 4	
PREESCOLAR PRIVADO..... 5		PREESCOLAR PRIVADO..... 5		PREESCOLAR PRIVADO..... 5		PREESCOLAR PRIVADO..... 5	
PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6		PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6		PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6		PREESCOLAR DE CONVENIO..... 6	
PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7		PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7		PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7		PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL A DOMICILIO DEL MINISTERIO DE SALUD..... 7	
OTRO LUGAR..... 96		OTRO LUGAR..... 96		OTRO LUGAR..... 96		OTRO LUGAR..... 96	
(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)	
4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS		4 AÑOS Y MÁS	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2		NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2		NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2		NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2	
PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,		PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,		PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,		PASE A LA SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS, PASE A 30,	
NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0		NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0		NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0		NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0	
CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02		CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02		CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02		CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02	
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03	
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04	
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05	
EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06		EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06		EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06		EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06	
UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07		UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07		UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07		UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07	
POSTGRADO..... 08		POSTGRADO..... 08		POSTGRADO..... 08		POSTGRADO..... 08	
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09	
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
(PASE A 30)		(PASE A 30)		(PASE A 30)		(PASE A 30)	
NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0		NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0		NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0		NINGUNO..... NIVEL 01 CURSO 0	
CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02		CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02		CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02		CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 02	
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03		EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 03	
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04		SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 04	
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05		SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 05	
EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06		EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06		EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06		EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 06	
UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07		UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07		UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07		UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 07	
POSTGRADO..... 08		POSTGRADO..... 08		POSTGRADO..... 08		POSTGRADO..... 08	
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09		TÉCNICO (1 A 4 AÑOS)..... 09	
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10		INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 10	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.		PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 24. SI NO HAY MÁS. PASE A 30.	
TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
(PASE A 32)		(PASE A 32)		(PASE A 32)		(PASE A 32)	
SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS		SI NO NS	
CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8		CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8		CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8		CONTROL DE SALUD/CHEQUEO..... 1 2 8	
ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8		ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8		ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8		ATENCIÓN POR ENFERMEDAD..... 1 2 8	
ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8		ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8		ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8		ATENCIÓN POR ACCIDENTE..... 1 2 8	
ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8		ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8		ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8		ATENCIÓN POR GOLPE FUERTE PRODUCTO DE VIOLENCIA..... 1 2 8	
INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8		INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8		INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8		INFORMACIÓN EN SALUD..... 1 2 8	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
NO SABE..... 8		NO SABE..... 8		NO SABE..... 8		NO SABE..... 8	
(PASE A 39)		(PASE A 39)		(PASE A 39)		(PASE A 39)	

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍAS 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA..... 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA PIEL 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VISTA..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO..... 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA..... 1 2 8</div> <div>BUCO DENTAL..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS..... 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS..... 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)..... 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍAS 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA..... 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA PIEL 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VISTA..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO..... 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA..... 1 2 8</div> <div>BUCO DENTAL..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS..... 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS..... 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)..... 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍAS 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA..... 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA PIEL 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VISTA..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO..... 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA..... 1 2 8</div> <div>BUCO DENTAL..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS..... 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS..... 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)..... 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELEVADA 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍAS 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAIDA..... 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRESIÓN..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA PIEL 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VISTA..... 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO..... 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA..... 1 2 8</div> <div>BUCO DENTAL..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS..... 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS..... 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)..... 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA..... 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>
<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... E</div> <div>OTRO PÚBLICO..... (ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA..... G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I</div> <div>OTRO PRIVADO..... J</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L</div> <div>FARMACIA..... M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR..... N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/..... O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</div> <div>OTRO LUGAR..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE Z</div>	<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... E</div> <div>OTRO PÚBLICO..... (ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA..... G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I</div> <div>OTRO PRIVADO..... J</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L</div> <div>FARMACIA..... M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR..... N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/..... O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</div> <div>OTRO LUGAR..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE Z</div>	<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... E</div> <div>OTRO PÚBLICO..... (ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA..... G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I</div> <div>OTRO PRIVADO..... J</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L</div> <div>FARMACIA..... M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR..... N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</div> <div>OTRO LUGAR..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE Z</div>	<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO..... E</div> <div>OTRO PÚBLICO..... (ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA..... G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I</div> <div>OTRO PRIVADO..... J</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"..... L</div> <div>FARMACIA..... M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR..... N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA..... O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE..... P</div> <div>OTRO LUGAR..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE Z</div>
<div>VEA PREGUNTA 34.</div> <div>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L.....→ PASE A PREGUNTA 36</div> <div>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS.....→ PASE A PREGUNTA 38</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO.....→ PASE A PREGUNTA 39.</div>	<div>VEA PREGUNTA 34.</div> <div>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L.....→ PASE A PREGUNTA 36</div> <div>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS.....→ PASE A PREGUNTA 38.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO.....→ PASE A PREGUNTA 39.</div>	<div>VEA PREGUNTA 34.</div> <div>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L.....→ PASE A PREGUNTA 36</div> <div>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS.....→ PASE A PREGUNTA 38.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO.....→ PASE A PREGUNTA 39.</div>	<div>VEA PREGUNTA 34.</div> <div>CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L.....→ PASE A PREGUNTA 36</div> <div>CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS.....→ PASE A PREGUNTA 38.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO.....→ PASE A PREGUNTA 39.</div>
<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPETA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPE TAN LA PRIVACIDAD..... 1 2</div> <div>LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD..... 1 2</div>	<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPETA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPE TAN LA PRIVACIDAD..... 1 2</div> <div>LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD..... 1 2</div>	<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPETA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPE TAN LA PRIVACIDAD..... 1 2</div> <div>LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD..... 1 2</div>	<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPETA/ ACEPTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>PIDEN PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>EXPLICAN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VAN A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTAN QUE USTED TENGA UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPE TAN LA PRIVACIDAD..... 1 2</div> <div>LES BRINDA EDUCACIÓN EN SALUD..... 1 2</div>
<div>PASE A PREGUNTA 39</div> <div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>OTRA RAZÓN..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE..... Z</div>	<div>PASE A PREGUNTA 39</div> <div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>OTRA RAZÓN..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE..... Z</div>	<div>PASE A PREGUNTA 39</div> <div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>OTRA RAZÓN..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE..... Z</div>	<div>PASE A PREGUNTA 39</div> <div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>OTRA RAZÓN..... X</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div> <div>NO SABE..... Z</div>
<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>	<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>	<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>	<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>
<div>18 AÑOS Y MÁS</div> <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>(PASE A 44) ←</div>	<div>18 AÑOS Y MÁS</div> <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>(PASE A 44) ←</div>	<div>18 AÑOS Y MÁS</div> <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>(PASE A 44) ←</div>	<div>18 AÑOS Y MÁS</div> <div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>(PASE A 44) ←</div>
<div>SI NO NS</div> <div>DIABETES 1 2 8</div> <div>OBEESIDAD 1 2 8</div> <div>HIPERTENSION ARTERIAL 1 2 8</div> <div>CANCER 1 2 8</div> <div>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS 1 2 8</div> <div>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS 1 2 8</div> <div>ENFERMEDAD RENAL 1 2 8</div> <div>OTRO 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIABETES 1 2 8</div> <div>OBEESIDAD 1 2 8</div> <div>HIPERTENSION ARTERIAL 1 2 8</div> <div>CANCER 1 2 8</div> <div>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS 1 2 8</div> <div>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS 1 2 8</div> <div>ENFERMEDAD RENAL 1 2 8</div> <div>OTRO 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIABETES 1 2 8</div> <div>OBEESIDAD 1 2 8</div> <div>HIPERTENSION ARTERIAL 1 2 8</div> <div>CANCER 1 2 8</div> <div>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS 1 2 8</div> <div>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS 1 2 8</div> <div>ENFERMEDAD RENAL 1 2 8</div> <div>OTRO 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIABETES 1 2 8</div> <div>OBEESIDAD 1 2 8</div> <div>HIPERTENSION ARTERIAL 1 2 8</div> <div>CANCER 1 2 8</div> <div>ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUINEOS 1 2 8</div> <div>ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS 1 2 8</div> <div>ENFERMEDAD RENAL 1 2 8</div> <div>OTRO 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE).....</div>

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO.....A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....D</div> <div>OTRO PÚBLICO.....E</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA.....G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/.....</div> <div>MÉDICO PARTICULAR.....I</div> <div>OTRO PRIVADO.....J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</div> <div>COMUNITARIO DE SALUD.....K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....L</div> <div>FARMACIA.....M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR.....N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</div> <div>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/.....O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE.....P</div> <div>OTRO LUGAR.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>	<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO.....A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....D</div> <div>OTRO PÚBLICO.....E</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA.....G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/.....</div> <div>MÉDICO PARTICULAR.....I</div> <div>OTRO PRIVADO.....J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</div> <div>COMUNITARIO DE SALUD.....K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....L</div> <div>FARMACIA.....M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR.....N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</div> <div>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUER/.....O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE.....P</div> <div>OTRO LUGAR.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>	<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO.....A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....D</div> <div>OTRO PÚBLICO.....E</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA.....G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/.....</div> <div>MÉDICO PARTICULAR.....I</div> <div>OTRO PRIVADO.....J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</div> <div>COMUNITARIO DE SALUD.....K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....L</div> <div>FARMACIA.....M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR.....N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</div> <div>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA.....O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE.....P</div> <div>OTRO LUGAR.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>	<div>SECTOR PÚBLICO</div> <div>HOSPITAL PÚBLICO.....A</div> <div>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....B</div> <div>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO.....C</div> <div>POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/.....</div> <div>CONSUL. DE CAJAS DE SEGURO.....D</div> <div>OTRO PÚBLICO.....E</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>SECTOR PRIVADO</div> <div>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA.....F</div> <div>CLÍNICA PRIVADA.....G</div> <div>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA.....H</div> <div>CONSULTORIO MÉDICO/.....</div> <div>MÉDICO PARTICULAR.....I</div> <div>OTRO PRIVADO.....J</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</div> <div>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE.....</div> <div>COMUNITARIO DE SALUD.....K</div> <div>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD".....L</div> <div>FARMACIA.....M</div> <div>AMIGO/FAMILIAR.....N</div> <div>MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI.....</div> <div>NATURISTA/ JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE/ KALLAWAYA/ AYSIRI/ QHAPACHAQUERA.....O</div> <div>NO LO LLEVARON / NO FUE.....P</div> <div>OTRO LUGAR.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>
VEA PREGUNTA 41 CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43	VEA PREGUNTA 41 CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43	VEA PREGUNTA 41 CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43	VEA PREGUNTA 41 CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,Z MARCADOS → 44 CÓDIGOS M, N, O, P, X MARCADOS → 43
<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO.....A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO.....B</div> <div>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE.....C</div> <div>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/.....D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....E</div> <div>NO ES LIMPIO.....F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS.....G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....I</div> <div>NO TENIA DINERO.....J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....L</div> <div>OTRA RAZÓN.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>	<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO.....A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO.....B</div> <div>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE.....C</div> <div>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/.....D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....E</div> <div>NO ES LIMPIO.....F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS.....G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....I</div> <div>NO TENIA DINERO.....J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....L</div> <div>OTRA RAZÓN.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>	<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO.....A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO.....B</div> <div>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE.....C</div> <div>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/.....D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....E</div> <div>NO ES LIMPIO.....F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS.....G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....I</div> <div>NO TENIA DINERO.....J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....L</div> <div>OTRA RAZÓN.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>	<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO.....A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCOMODO.....B</div> <div>CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMABLE.....C</div> <div>CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/.....D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL.....E</div> <div>NO ES LIMPIO.....F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS.....G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS.....H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO.....I</div> <div>NO TENIA DINERO.....J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD.....K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA.....L</div> <div>OTRA RAZÓN.....X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE.....Z</div>
14 AÑOS O MÁS	14 AÑOS O MÁS	14 AÑOS O MÁS	14 AÑOS O MÁS
<div>SI NO NS</div> <div>EMBARAZADAS.....1 2 8</div> <div>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS.....1 2 8</div> <div>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS.....1 2 8</div> <div>PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....1 2 8</div> <div>OTRO.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>EMBARAZADAS.....1 2 8</div> <div>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS.....1 2 8</div> <div>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS.....1 2 8</div> <div>PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....1 2 8</div> <div>OTRO.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>EMBARAZADAS.....1 2 8</div> <div>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS.....1 2 8</div> <div>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS.....1 2 8</div> <div>PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....1 2 8</div> <div>OTRO.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>EMBARAZADAS.....1 2 8</div> <div>NIÑOS/ AS MENORES DE 5 AÑOS.....1 2 8</div> <div>HOMBRE Y MUJER DE 60 Y MAS.....1 2 8</div> <div>PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....1 2 8</div> <div>OTRO.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>
SI.....1	SI.....1	SI.....1	SI.....1
NO.....2	NO.....2	NO.....2	NO.....2
TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS
<div>SI NO NS</div> <div>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS.....1 2 8</div> <div>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS.....1 2 8</div> <div>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDIFONOS.....1 2 8</div> <div>PARA HABLAR O COMUNICARSE.....1 2 8 48</div> <div>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR).....1 2 8</div> <div>OTRA.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS.....1 2 8</div> <div>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS.....1 2 8</div> <div>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDIFONOS.....1 2 8</div> <div>PARA HABLAR O COMUNICARSE.....1 2 8 48</div> <div>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR).....1 2 8</div> <div>OTRA.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS.....1 2 8</div> <div>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS.....1 2 8</div> <div>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDIFONOS.....1 2 8</div> <div>PARA HABLAR O COMUNICARSE.....1 2 8 48</div> <div>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR).....1 2 8</div> <div>OTRA.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>PARA MOVERSE, CAMINAR, USAR SUS BRAZOS Y/O PIERNAS.....1 2 8</div> <div>PARA VER, A PESAR DE USAR LENTES/ ANTEOJOS.....1 2 8</div> <div>PARA OÍR, AÚN USANDO AUDIFONOS.....1 2 8</div> <div>PARA HABLAR O COMUNICARSE.....1 2 8 48</div> <div>PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR).....1 2 8</div> <div>OTRA.....1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>
SI.....1	SI.....1	SI.....1	SI.....1
NO.....2 8 } 48	NO.....2 8 } 48	NO.....2 8 } 48	NO.....2 8 } 48
FECHA: <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div>	FECH <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div>	FECH <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div>	FECH <div>DÍA</div> <div>MES</div> <div>AÑO</div>
(TIPO DE DISCAPACIDAD)	(TIPO DE DISCAPACIDAD)	(TIPO DE DISCAPACIDAD)	(TIPO DE DISCAPACIDAD)
PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.	PASE A SIGUIENTE PERSONA Y PREGUNTE 30 SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 49.

SECCIÓN V: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
49	¿Cuál es el material de construcción más utilizado en las paredes de su vivienda?	LADRILLO/ BLOQUE DE CEMENTO/ HORMIGÓN..... 01 ADOBE/ TAPIAL 02 TABIQUE/ QUINCHE..... 03 PIEDRA.. 04 MADERA. 05 CAÑA/ PALMA/ TRONCO..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
50	¿Las paredes interiores de esta vivienda tienen revoque?	SI..... 1 NO..... 2	
51	¿Cuál es el material más utilizado en los techos de su vivienda?	CALAMINA O PLANCHA..... 01 TEJA (CEMENTO/ ARCILLA/ FIBROCEMENTO)..... 02 LOSA DE HORMIGÓN ARMADO..... 03 PAJA/ CAÑA/ PALMA/ BARRO. 04 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
52	¿Cuál es el material más utilizado en los pisos de su vivienda?	TIERRA..... 01 TABLÓN DE MADERA..... 02 MACHIHEMBRE / PARQUET..... 03 ALFOMBRA/ TAPIZÓN..... 04 CEMENTO..... 05 MOSAICO / BALDOSAS / CERÁMICA..... 06 LADRILLO..... 07 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
53	¿Usa energía eléctrica para alumbrar esta vivienda?	SI..... 1 NO..... 2	
55	¿Principalmente el agua para uso de su hogar, proviene de... Cañería de red dentro de la vivienda? Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno? Pileta pública? Pozo perforado o entubado, con bomba? Pozo excavado cubierto, con bomba? Pozo excavado cubierto, sin bomba? Pozo excavado no cubierto? Manantial o Vertiente protegida? Río/Acequia/Vertiente no protegida? Agua embotellada? Carro repartidor (Aguatero)? Otro? (Especifique)	CAÑERÍA DE RED DENTRO DE LA VIVIENDA? 01 CAÑERÍA DE RED FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL LOTE O TERRENO? 02 PILETA PÚBLICA? 03 POZO PERFORADO O ENTUBADO, CON BOMBA? 04 POZO EXCAVADO CUBIERTO, CON BOMBA? 05 POZO EXCAVADO CUBIERTO, SIN BOMBA? 06 POZO EXCAVADO NO CUBIERTO? 07 MANANTIAL O VERTIENTE PROTEGIDA? 08 RÍO/ACEQUIA/VERTIENTE NO PROTEGIDA? 09 AGUA EMBOTELLADA? 10 CARRO REPARTIDOR (AGUATERO)? 11 OTRO? _____ 12 (ESPECIFIQUE)	<div>59</div> <div>60</div>
55A	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver (desde su hogar)?	MINUTOS <div></div> <div></div> <div></div> EN EL SITIO 996	

10

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
57	¿Usted hace algún tratamiento al agua para beber?	SI 1 NO LA TRATA 2 NO SABE 8	59
58	¿Generalmente en qué consiste ese tratamiento? SONDEE: ¿Alguna otra cosa? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	HIERVE A LA CLORAN (LAVANDINA)..... B FILTRA CON TELA C USA FILTRO (CERÁMICA/ARENA/OTRO) D LA PURIFICAN CON LUZ SOLAR E LA DEJA REPOSAR F LA CUELAN G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
59	¿Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha estado disponible el agua de esta fuente?	TODO EL TIEMPO 1 UNAS POCAS HORAS DIARIAS 2 ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA 3 MENOS FRECUENTEMENTE 4 NO SABE 8	
60	¿Tiene baño, servicio sanitario o letrina?	SI 1 NO 2	63
61	¿El baño, servicio sanitario o letrina tiene desagüe..... A la red de alcantarillado?..... A una cámara séptica?..... A un pozo ciego/absorción?..... A la superficie (calle/quebrada/rio)?..... No sabe?.....	A LA RED DE ALCANTARILLADO..... 1 A UNA CAMARA SEPTICA..... 2 A UN POZO CIEGO/ABSORCION..... 3 A LA SUPERFICIE (CALLE/QUEBRADA/RIO)..... 4 NO SABE..... 5	
62	¿El baño, servicio sanitario o letrina es usado sólo por su hogar o es compartido con otros hogares?	USADO SOLO POR SU HOGAR..... 1 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	
63	Principalmente ¿qué tipo de combustible o energía utiliza para cocinar/ preparar sus alimentos?	LEÑA 1 GUANO / BOSTA O TAQUIA..... 2 GAS LICUADO (GARRAFA) 3 GAS NATURAL POR RED (CAÑERÍA)..... 4 ELECTRICIDAD..... 5 NO COCINA..... 6 OTRO 7 (ESPECIFIQUE)	
64	¿Tiene un cuarto sólo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
65	¿Cuántos cuartos o habitaciones de esta vivienda ocupa su hogar, sin contar baño, cocina, lavandería, garage, depósito o negocio?	NUMERO DE HABITACIONES <input type="text"/> <input type="text"/>	
66	De estos cuartos o habitaciones, ¿cuántos usan exclusivamente para dormir?	NUMERO DE DORMITORIOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
67	¿Conviven con animales en el interior de la vivienda? Si la respuesta es positiva, preguntar ¿Qué animales? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS ANIMALES MENCIONADOS. SONDEE: ¿Algún otro animal?	CON PERROS A CON GATOS B CON CONEJOS/CUISES C CON GALLINAS D CON OTROS ANIMALES..... X (ESPECIFIQUE) NO TIENE ANIMALES..... Y	

11

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
68	Tiene en su hogar:	SI	NO	
	EQUIPOS			
A	¿Radio ?	RADIO 1	2	
B	¿Televisor?	TELEVISOR..... 1	2	
C	¿Equipo de música?	EQUIPO DE MÚSICA..... 1	2	
D	¿Refrigerador?	REFRIGERADOR..... 1	2	
E	¿Cocina?	COCINA..... 1	2	
F	¿Computadora, laptop o PC?	COMPUTADORA,LAPTOP O PC..... 1	2	
G	¿Lavadora de ropa?	LAVADORA DE ROPA..... 1	2	
H	¿Calefón o termo tanque?	CALEFÓN O TERMO TANQUE..... 1	2	
I	¿Microondas?	MICROONDAS 1	2	
	SERVICIOS			
J	¿Teléfono fijo?	TELÉFONO FIJO..... 1	2	
K	¿Teléfono celular?	TELÉFONO CELULAR..... 1	2	
L	¿Internet en el hogar?	INTERNET EN EL HOGAR..... 1	2	
M	¿Televisión por cable?	TELEVISIÓN POR CABLE..... 1	2	
	MEDIOS DE TRANSPORTE			
N	¿Bicicleta?	BICICLETA..... 1	2	
O	¿Motocicleta o cuadratrac?	MOTOCICLETA O CUADRATRAC..... 1	2	
P	¿Vehículo automotor?	VEHÍCULO AUTOMOTOR..... 1	2	
69	¿Cuenta su hogar con algún mosquitero simple o impregnado que pueda ser utilizado para dormir?	SI..... 1 NO..... 2		
70	¿Habitualmente que hace con la basura que genera el hogar?	LA DEPOSITAN EN EL BASURERO PÚBLICO O CONTENEDOR..... 01 UTILIZAN EL SERVICIO PÚBLICO DE RECOLECCIÓN (CARRO BASURERO)..... 02 LA BOTAN EN UN TERRENO BALDÍO O EN LA CALLE..... 03 LA BOTAN AL RÍO..... 04 LA QUEMAN..... 05 LA ENTIERRAN..... 06 OTRA FORMA..... 96 (ESPECIFIQUE)		
HÁBITOS SALUDABLES				
71	POR OBSERVACIÓN: ¿Me podría mostrar el lugar dónde los miembros de su hogar se lavan más frecuentemente las manos?	OBSERVADO..... 1 NO OBSERVADO..... 2		→ 73
72	VERIFICAR SI CUENTA CON: AGUA LIMPIA JABÓN (EN BARRA, LÍQUIDO, POLVO) TOALLA LIMPIA	AGUA LIMPIA..... A JABÓN (EN BARRA, LÍQUIDO, POLVO)..... B TOALLA LIMPIA..... C NINGUNO..... Y		
73	¿Añade sal extra a la comida ya servida (sopa o segundo)?	SI.. 1 NO. 2		
74	ANOTE LA HORA DE FIN DE CUESTIONARIO	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>		

IDENTIFICACIÓN

FOLIO

-

-

-

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR

SECCION VI: SAL YODADA, PESO Y TALLA DE MUJERES Y NINAS/OS

75

¿Qué tipo de sal y que marca utilizó ayer para cocinar?

HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO A LA SAL UTILIZADA AYER PARA COCINAR.

SAL EN BOLSAS CON SELLO.....1

(ESPECIFIQUE MARCA)

SAL EN BOLSAS SIN SELLO.....2

(ESPECIFIQUE MARCA)

SAL EN BLOQUE.....3

SAL GRANULADA.....4

NINGUNA SAL.....5

OTRA.....6

(ESPECIFIQUE)

76

EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES:

POSITIVO.....1

(COLOR MORADO)

NEGATIVO.....2

(NO CAMBIA DE COLOR)

77

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 v 13: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LAS MUJERES DE 14 A 49 AÑOS

PREGUNTAS 78 A 81 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

78

79

80

81

No. DE ORDEN

NOMBRE

EDAD

¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?

DÍA

MES

AÑO

PESO (KILOGRAMOS)

ALTURA (CENTÍMETROS)

RESULTADO:
1 MEDIDA
2 NO PRESENTE
3 RECHAZO
6 OTRO

85

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3 y 15: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE TODAS/OS LAS/OS NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS

PREGUNTAS 86 A 89 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

86

87

88

89

No. DE ORDEN

NOMBRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO

EDAD DE LA NIÑA O DEL NIÑO

¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?

AÑOS

DÍA

MES

AÑO

2

0

PESO (KILOGRAMOS)

ALTURA (CENTÍMETROS)

MEDIDO ACOSTADO: (<2 AÑOS)

MEDIDO DE PIE: (DE 2 AÑOS Y MÁS)

RESULTADO:
1 MEDIDO
2 NO PRESENTE
3 RECHAZO
6 OTRO

ACOSTADO

DE PIE

1

2

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDió

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ASISTENTE

OBSERVACIONES

13

IDENTIFICACIÓN

FOLIO

-

-

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR

SECCIÓN VII. MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA EN MUJERES Y NIÑAS/OS

PREGUNTAS 94 Y 95 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA		MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA A MUJERES DE 14 A 49 AÑOS			
94	95	96	97	98	99
REVISE LAS PREG. 1,2,3 Y 13: NRO. DE ORDEN NOMBRE	NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR	LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE* CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	ACTUALMENTE EMBARAZADA	RESULTADO 1 SE MIDIO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO RESUL.
NRO. DE ORDEN NOMBRE		OTORGADO RECHAZO 1 2 PRÓXIMA MUJER		SI NO/NS 1 2	
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMA MUJER		1 2	
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMA MUJER		1 2	
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMA MUJER		1 2	

100REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2,15,17 Y 19: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE O MADRE DE TODOS LAS/OS NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS

PREGUNTAS 101 Y 102 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISADORA		MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA A NIÑAS/OS NACIDAS/OS DESDE ENERO DE 2011 O DESPUÉS			
101	102	103	104		105
REVISE LAS PREG. 1, 2, 3 y 15 NRO. DE ORDEN NOMBRE	NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR	LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE* CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)		RESULTADO 1 SE MIDIO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZO 6 OTRO RESUL.
NRO. DE ORDEN NOMBRE		OTORGADO RECHAZO 1 2 PRÓXIMO NIÑO(A)			
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMO NIÑO(A)			
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMO NIÑO(A)			
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMO NIÑO(A)			
NRO. DE ORDEN NOMBRE		1 2 PRÓXIMO NIÑO(A)			

* CONSENTIMIENTO
Como parte de esta encuesta, estamos estudiando anemia entre mujeres y niñas/os. La anemia es un serio problema de salud que resulta de la nutrición inadecuada. La encuesta ayudará a desarrollar programas para tratar y prevenir la anemia. Solicitamos que usted (y sus hijas/os nacidas/os desde enero de 2011) participen en la prueba de anemia que se hace en esta encuesta.
La prueba utiliza instrumentos estériles desechables que son limpios y completamente seguros. La sangre será analizada con equipo nuevo y los resultados le serán entregados inmediatamente. Estos resultados se mantendran en forma confidencial.
Por favor, le pido ahora que usted y (NOMBRE DEL/LA NIÑA/O O NIÑAS/OS) participen en la prueba de anemia.

14

<div>OBSERVACIONES DEL/DE LA ENTREVISTADOR/ A</div> <div>(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista individual)</div>	
Comentarios acerca de la entrevista:	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Comentarios sobre preguntas específicas:	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
<div>OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/ EDITOR</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Nombre del/de la Supervisor/a Editor/a:	Fecha:
<div>OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A GENERAL</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Nombre del/a Supervisor/a General	Fecha:
15	