

Folio				-											-				
-------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

(Copie de la contratapa de
este cuestionario)

PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MÁS DE EDAD			
SECCIÓN 1: TRABAJO Y SUS CARACTERÍSTICAS			
NOMBRE:		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN:	
LEA: PARA EMPEZAR LE VOY A PREGUNTAR POR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES LABORALES QUE REALIZA			
Parte A: Condición de Actividad			
1. Durante la semana pasada ¿trabajó al menos una hora?			
		1. Si	→ Pase a la Parte B. Preg. 1a
		2. No	
2. Durante la semana pasada, dedicó al menos una hora a:			
		→ Pase a la Parte B. Preg. 1a	
3. ¿La semana pasada, tuvo algún empleo, negocio o empresa propia en la cual no trabajó por:			
		→ Pase a la Parte B. Preg. 1a	
4. ¿La semana pasada realizó alguna de las siguientes actividades?			
		3. NINGUNA	

5. ¿La **semana pasada** estaba disponible para trabajar?

☐

1. Si
2. No

➔ Pase a la Preg. 7

6. Estará usted disponible para trabajar...

☐

1. en 1 semana?
2. en 2 semanas?
3. en más de 2 semanas?
4. no estará disponible?

7. Durante las últimas **cuatro semanas**, ¿buscó trabajo o hizo gestiones para establecer algún negocio propio?

☐

1. Si
2. No

➔ Pase a la Preg. 9

8. ¿Qué gestiones realizó para buscar trabajo o establecer un negocio propio?

☐

1. Consultó con empleadores/as
2. Asistió a una entrevista de trabajo
3. Puso o contestó anuncios
4. Acudió a la bolsa de trabajo del gobierno
5. Consultó en Internet
6. Consultó con amigos, parientes o personas conocidas
7. Trató de conseguir capital, clientes, etc.
8. Colocó su curriculum vitae en alguna de las redes sociales
9. Otro (Especifique) _____

➔ Pase a la Preg. 11

9. ¿Por qué no buscó trabajo?

☐

1. TIENE TRABAJO ASEGURADO QUE COMENZARÁ EN MENOS DE CUATRO SEMANAS
2. BUSCO ANTES Y ESPERA RESPUESTA
3. NO CREE PODER ENCONTRAR TRABAJO
4. SE CANSÓ DE BUSCAR TRABAJO
5. ESPERA PERÍODO DE MAYOR ACTIVIDAD
6. POR QUE ESTÁ ESTUDIANDO
7. POR VEJEZ/JUBILACIÓN
8. CORTA EDAD
9. POR ENFERMEDAD/ ACCIDENTE/DISCAPACIDAD
10. NO NECESITA TRABAJAR
11. LABORES DE CASA
12. CUIDADO DE NIÑOS O MIEMBROS DEL HOGAR
13. ESPERA TEMPORADA DE COSECHA O TRABAJO
14. POR OTRAS CAUSAS (Especifique) _____

10. Es usted:

1. ¿Estudiante?
2. ¿Ama de casa o responsable de los quehaceres del hogar?
3. ¿Jubilado o benemérito?
4. ¿Enfermo o discapacitado?
5. ¿Persona de edad avanzada?
6. ¿Otro? (Especifique) _____

☐

11. ¿Ha trabajado alguna vez anteriormente?

☐

1. Si
2. No



Pase a la Parte D. Preg. 1

Parte B: Ocupación Principal

1a. Durante la semana pasada, ¿cuál fue su ocupación principal? ☐

**EJEMPLOS DE
OCUPACIÓN PRINCIPAL:**

AGRICULTOR DE SOYA
PINTOR DE CASAS
ARQUITECTO
SECRETARIA
PORTERA DE COLEGIO
RADIOTÉCNICO
LOCUTOR DE RADIO
JARDINERO

1b. ¿Qué tarea realiza o que funciones desempeña? ☐

**EJEMPLOS DE
TAREAS QUE REALIZA EN ESA OCUPACIÓN:**
PREPARA LA TIERRA, SEMBRAR Y COSECHAR
LIJA Y PINTA INTERIORES DE CASAS
DISEÑA PLANOS DE CONSTRUCCIÓN
HACE CARTAS, REDACTA OFICIOS
CUIDADO Y LIMPIEZA DEL COLEGIO
REPARA RADIOS Y TELEVISORES
CONDUCE UN PROGRAMA DE RADIO
RIEGA Y PODA PLANTAS DEL JARDÍN

2a. ¿Cuál es la actividad económica principal del establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?

**EJEMPLOS DE
ACTIVIDAD PRINCIPAL:**

CULTIVO DE SOYA
PINTADO DE EXTERIORES
GOBIERNO MUNICIPAL
SERVICIOS JURÍDICOS
EDUCACIÓN DE NIVEL SECUNDARIO
REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES
ESTACIÓN DE RADIO
HOGAR PARTICULAR

2b. ¿Principalmente, qué produce, comercializa o servicio presta, el establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?

**EJEMPLOS DE QUÉ PRODUCE, COMERCIALIZA O SERVICIO PRESTA,
PRINCIPALMENTE EL LUGAR:**

PRODUCE SOYA
PINTADO DE EXTERIORES EN CASAS O EDIFICIOS
SERVICIOS MUNICIPALES
SERVICIOS JURÍDICOS DE PROCESOS PENALES
SERVICIOS DE EDUCACIÓN NIVEL SECUNDARIO
REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES
DIFUSIÓN DE PROGRAMAS RADIALES

3. ¿Cuál es el nombre de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja? ☐

4. Esta ocupación usted la realiza...

1. Para su propio negocio, empresa o actividad por cuenta propia
2. Como empleado u obrero para un empleador, empresa, negocio o institución/ o empleado de hogar particular
3. Para el negocio, empresa o actividad por cuenta propia de un miembro de su familia

☐

5. Las herramientas que utiliza en su ocupación son:

1. Propias
2. Brindadas por su empleador
3. No utiliza

☐

6. ¿Quién decide sobre su horario de trabajo?

1. ¿Usted?
2. ¿Su empleador?
3. ¿Una empresa u otra persona?
4. ¿Cuenta con clientes?

☐

7. En esta ocupación usted trabaja como:

1. Obrero/Empleado	<input type="checkbox"/>	→	Pase a la Preg. 11
2. Trabajador/a por cuenta propia			
3. Empleador/a o socio/a que no recibe salario			
4. Cooperativista de producción			
5. Trabajador/a familiar sin remuneración			
6. Aprendiz o persona en formación sin remuneración	<input type="checkbox"/>	→	Pase a la Preg. 10
7. Empleada/o del hogar	<input type="checkbox"/>	→	Pase a la Preg. 16

8. En este trabajo, usted...

1. ¿Firmó contrato con fecha de vencimiento o término?	<input type="checkbox"/>
2. ¿No firmó contrato pero tiene compromiso por obra o trabajo terminado?	
3. ¿No firmó contrato pero tiene un acuerdo verbal?	
4. ¿Es personal de planta con ítem?	
5. No firmó contrato	

9. ¿Cuánto tiempo es la duración de su contrato?

1. Menos de tres meses	<input type="checkbox"/>
2. De 3 a 6 meses	
3. Más de 6 meses	

10. La administración de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja es...

1. ¿Administración Pública?	→	Pase a la Preg. 14
2. ¿Empresa Pública (Estratégica)		
3. ¿Privada (Empresa mediana o grande)?		
4. ¿Privada (Negocio familiar, micro o pequeña empresa)?		
5. ONG (Organización no Gubernamental) y otras sin fines de lucro	→	Pase a la Preg. 14
6. Organismos internacionales, embajadas		
<input type="checkbox"/>		

11. La empresa, negocio, taller o establecimiento donde trabaja, ¿cuenta con NIT (Número de Identificación Tributaria)?

1. Si, en régimen general	<input type="checkbox"/>
2. Si, en régimen simplificado	
3. No tiene/En proceso	
4. No sabe	

12. En esta empresa, negocio, taller o establecimiento donde trabaja:

1. Se llevan libros de contabilidad o se acude a los servicios de un contador	<input type="checkbox"/>
2. Sólo se utiliza un cuaderno personal para llevar las cuentas	
3. No se lleva registro contable	
4. No sabe	

13. ¿Dónde realiza sus labores?

1. En su vivienda particular	<input type="checkbox"/>
2A. Local o terreno exclusivo (propio/alquilado/anticrético o prestado)	
2B. Local o terreno exclusivo (de la empresa/empleador o cliente)	
2C. Terreno exclusivo (predio agropecuario/explotación de recursos naturales)	
3. Puesto móvil	
4. En quiosco o puesto fijo	
5. Vehículo medio de transporte	
6. Servicios a domicilio	
7. Ambulante	
8. Ambulante de preventa	
9. Otro (Especifique) _____	

14. ¿Cuántas personas trabajan en la empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted?

15. ¿Cuántas personas en total a nivel país, incluyendo al dueño trabajan para la empresa, institución o lugar donde trabaja? (incluido usted)

1. Sólo 1 persona	<input type="checkbox"/>
2. De 2 a 4 personas	
3. De 5 a 10 personas	
4. De 11 a 14 personas	
5. De 15 a 19 personas	
6. De 20 a 49 personas	
7. De 50 o más personas	

16. ¿Cuántos días a la semana trabaja regularmente en su ocupación?

<input type="text"/>	:	Utiliza el número 5 para identificar los medios días
----------------------	---	------------------------------------------------------

17. ¿Cuántas horas en promedio trabaja al día en su ocupación?

<input type="text"/>	:	Las fracciones anotar en espacios de 15 minutos: 00, 15, 30 y 45
----------------------	---	------------------------------------------------------------------

18. REVISE LA PREGUNTA 7 DE LA PARTE B. Y ANOTE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE:

1. SI RESPONDIÓ 1, 7 ➔ Pase a la Preg. 19
2. SI RESPONDIÓ 2, 3, 4 ➔ Pase a la Preg. 21
3. SI RESPONDIÓ 5, 6 ➔ Pase a la Parte C. Preg. 1

19. ¿Cuánto es su salario líquido, excluyendo los descuentos de ley (AFP, IVA)?

Monto (Bs)

1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

20. Durante los últimos doce meses, ¿cuánto recibió usted por:

1. Pago por bonos, prima de producción, horas extras?
2. Aguinaldo/Doble aguinaldo?
3. Pagos en alimentos, transportes, vestimenta, vivienda, otros servicios y beneficios (En Especie)

Monto (Bs)

Pase a la Parte C. Preg. 1

21. ¿Cuánto es su ingreso total en su ocupación principal?

Monto (Bs)

1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

22. Una vez descontadas todas sus obligaciones (sueldos, salarios, compra de materiales, alquiler de ambientes, pago de servicios, etc.) ¿cuánto le queda para su hogar? (Ingreso neto disponible)

Monto (Bs)

1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

Parte C: Ocupación Secundaria

1. Además de la actividad mencionada anteriormente, ¿realizó otro trabajo durante la semana pasada?

1. Si
2. No ➔ Pase a la Parte D. Preg. 1

2a. Durante la semana pasada, ¿cuál fue su ocupación secundaria?

EJEMPLOS DE OCUPACIÓN PRINCIPAL:
 AGRICULTOR DE SOYA
 PINTOR DE CASAS
 ARQUITECTO
 SECRETARIA
 PORTERA DE COLEGIO
 RADIOTÉCNICO
 LOCUTOR DE RADIO
 JARDINERO

2b. En esta otra ocupación ¿Qué tarea realiza o que funciones desempeña?

EJEMPLOS DE TAREAS QUE REALIZA EN ESA OCUPACIÓN:
 PREPARA LA TIERRA, SEMBRAR Y COSECHAR
 LIJA Y PINTA INTERIORES DE CASAS
 DISEÑA PLANOS DE CONSTRUCCIÓN
 HACE CARTAS, REDACTA OFICIOS
 CUIDADO Y LIMPIEZA DEL COLEGIO
 REPARA RADIOS Y TELEVISORES
 CONDUCE UN PROGRAMA DE RADIO
 RIEGA Y PODA PLANTAS DEL JARDÍN

3a. ¿Cuál es la actividad económica secundaria de éste otro establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?

EJEMPLOS DE

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

CULTIVO DE SOYA
PINTADO DE EXTERIORES
GOBIERNO MUNICIPAL
SERVICIOS JURÍDICOS
EDUCACIÓN DE NIVEL SECUNDARIO
REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES
ESTACIÓN DE RADIO
HOGAR PARTICULAR

3b. ¿Principalmente, qué produce, comercializa o servicio presta, el establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?

EJEMPLOS DE QUÉ PRODUCE, COMERCIALIZA O SERVICIO PRESTA, PRINCIPALMENTE EL LUGAR:

PRODUCE SOYA
PINTADO DE EXTERIORES EN CASAS O EDIFICIOS
SERVICIOS MUNICIPALES
SERVICIOS JURÍDICOS DE PROCESOS PENALES
SERVICIOS DE EDUCACIÓN NIVEL SECUNDARIO
REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES
DIFUSIÓN DE PROGRAMAS RADIALES

4. ¿Cuál es el nombre de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja? ☐

5. Esta ocupación usted la realiza...

1. Para su propio negocio, empresa o actividad por cuenta propia
2. Como empleado u obrero para un empleador, empresa, negocio o institución/ o empleado de hogar particular
3. Para el negocio, empresa o actividad por cuenta propia de un miembro de su familia

☐

6. En esta ocupación usted trabaja como:

1. Obrero/Empleado
2. Trabajador/a por cuenta propia
3. Empleador/a o socio/a que no recibe salario
4. Cooperativista de producción
5. Trabajador/a familiar sin remuneración
6. Aprendiz o persona en formación sin remuneración
7. Empleada/o del hogar

☐

➔ Pase a la Preg. 8

➔ Pase a la Preg. 13

7. La administración de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja es...

1. ¿Administración Pública?
2. ¿Empresa Pública (Estratégica)
3. ¿Privada (Empresa mediana o grande)?
4. ¿Privada (Negocio familiar, micro o pequeña empresa)?
5. ONG (Organización no Gubernamental) y otras sin fines de lucro
6. Organismos internacionales, embajadas



Pase a la Preg. 11

☐


Pase a la Preg. 11

8. La empresa, negocio, taller o establecimiento donde trabaja, ¿cuenta con NIT (Número de Identificación Tributaria)?

1. Si, en régimen general
2. Si, en régimen simplificado
3. No tiene/En proceso
4. No sabe

☐

9. La empresa, negocio, taller o establecimiento donde trabaja:

1. Se llevan libros de contabilidad o se acude a los servicios de un contador
2. Sólo se utiliza un cuaderno personal para llevar las cuentas
3. No se lleva registro contable
4. No sabe

☐

10. ¿Dónde realiza sus labores?

1. En su vivienda particular
2A. Local o terreno exclusivo (propio/alquilado/anticrético o prestado)
2B. Local o terreno exclusivo (de la empresa/empleador o cliente)
2C. Terreno exclusivo (predio agropecuario/explotación de recursos naturales)
3. Puesto móvil
4. En quiosco o puesto fijo
5. Vehículo medio de transporte
6. Servicios a domicilio
7. Ambulante
8. Ambulante de preventa
9. Otro (Especifique)

11. ¿Cuántas personas trabajan en la empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted?

12. ¿Cuántas personas en total a nivel país, incluyendo al dueño trabajan para la empresa, institución o lugar donde trabaja? (incluido usted)

1. Sólo 1 persona
2. De 2 a 4 personas
3. De 5 a 10 personas
4. De 11 a 14 personas
5. De 15 a 19 personas
6. De 20 a 49 personas
7. De 50 o más personas

13. ¿Cuántos días a la semana trabaja regularmente en su ocupación?

:
Utiliza el número 5 para identificar los medios días

14. ¿Cuántas horas en promedio trabaja al día en su ocupación?

:
Las fracciones anotar en espacios de 15 minutos: 00, 15, 30 y 45

15. REVISE LA PREGUNTA 6 DE LA PARTE C. Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE:

1. SI RESPONDIÓ 1, 7 → Pase a Preg. 16
2. SI RESPONDIÓ 2, 3, 4 → Pase a Preg. 18
3. SI RESPONDIÓ 5, 6 → Pase a Parte D. Preg. 1

16. ¿Cuánto es su salario líquido, excluyendo los descuentos de ley (AFP, IVA)?

Monto (Bs)

1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

17. Durante los últimos doce meses, ¿cuánto recibió usted por...

Monto (Bs)

1. Pago por bonos, prima de producción, horas extras?
2. Aguinaldo/Doble aguinaldo?
3. Pagos en alimentos, transportes, vestimenta, vivienda, otros servicios y beneficios (En Especie)

Pase a la Parte D. Preg. 1

18. ¿Cuánto es su ingreso total en esta otra ocupación?

Monto (Bs)

1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

19. Una vez descontadas todas sus obligaciones (sueldos, salarios. Compra de materiales, alquiler de ambientes, pago de servicios, etc. ¿cuánto le queda para su hogar? (Ingreso neto disponible)

Monto (Bs)

1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

Parte D: Seguridad social a largo plazo

1. ¿Esta usted afiliado a la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones)?

1. Si
2. No

2. Actualmente, ¿está usted aportando a la AFP?

1. Si
2. No

SECCIÓN 2: CONTEXTUALIZACIÓN AL USO DEL TIEMPO

LEA: A CONTINUACIÓN LE VOY A HACER UNA SERIE DE PREGUNTAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE USTED REALIZÓ EL DÍA DE AYER:
Recuerde registrar las horas en formato 24:00 hrs.

1a. REGISTRE DÍA 1

1b. REGISTRE FECHA

2. ¿A qué hora se levantó?

H	H	:	M	M
---	---	---	---	---

3. ¿A qué hora se acostó?

H	H	:	M	M
---	---	---	---	---

4. ¿Fue a su trabajo? Sólo para personas ocupadas

5. ¿Fue al colegio/universidad? Sólo para personas que estudian

6. ¿Hizo tareas domésticas como cocinar o hacer limpieza?

7. ¿Recibió visitas?

8. ¿Estuvo de vacaciones?

9. ¿Estuvo fuera del hogar por todo el día?

10. ¿Estuvo en cama por alguna enfermedad?

11. ¿Ocurrió algo fuera de lo normal el día de ayer? (Especifique)...

1. Si
2. No
3. No aplica

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR LAS ACTIVIDADES QUE REALIZÓ EL DÍA DE AYER:
Recuerde registrar las horas en formato 24:00 hrs.

11a. REGISTRE DÍA 2

11b. REGISTRE FECHA

12. ¿A qué hora se levantó?

H	H	:	M	M
---	---	---	---	---

13. ¿A qué hora se acostó?

H	H	:	M	M
---	---	---	---	---

14. ¿Fue a su trabajo? Sólo para personas ocupadas

15. ¿Fue al colegio/universidad? Sólo para personas que estudian

16. ¿Hizo tareas domésticas como cocinar o hacer aseo?

17. ¿Recibió visitas?

18. ¿Estuvo de vacaciones?

19. ¿Estuvo fuera del hogar por todo el día?

20. ¿Estuvo en cama por alguna enfermedad?

21. ¿Ocurrió algo fuera de lo normal el día de ayer?

1. Si
2. No
3. No aplica

SECCIÓN 3: CARACTERIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO Y TRASLADO

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A TRABAJAR Y TRASLADARSE O BUSCAR TRABAJO

Parte A. Tiempo de trabajo

Responden sólo los miembros del hogar clasificados como ocupados, sea trabajadores asalariados o independientes

		Día 1		Día 2																	
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?																	
1	El día de ayer, ¿Usted trabajó por algún pago en dinero o especie?	Si <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M								
H	H																				
M	M																				
H	H																				
M	M																				
		No <input type="checkbox"/>	→ Pase a Preg. 4	No <input type="checkbox"/>	→ Pase a Preg. 4																
2	¿Cual fue el tiempo de traslado al trabajo?	De ida <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	De vuelta <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	De ida <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	De vuelta <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H																				
M	M																				
H	H																				
M	M																				
H	H																				
M	M																				
H	H																				
M	M																				
3	¿Este trabajo es el mismo que realizó la semana pasada?	Si <input type="checkbox"/>	→ Pase a la Sección 4	Si <input type="checkbox"/>	→ Pase a la Sección 4																
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>																	

Responden solo los miembros del hogar que declaran no trabajar en uno o los días de la entrevista.

4	¿Por qué no trabajó?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 1. Días de descanso (feriados, días libres, vacaciones, permisos) 2. Paro, huelga o conflicto laboral 3. Tuvo alguna enfermedad, accidente y/o asistió a un centro de salud 4. Cuidó a alguna persona integrante del hogar 5. Realizó tareas domésticas 6. Porque se encontraba sin trabajo o cesante 7. Otro (Especifique)	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 1. Días de descanso (feriados, días libres, vacaciones, permisos) 2. Paro o huelga laboral 3. Tuvo alguna enfermedad y/o asistió a un centro de salud 4. Cuidó a alguna persona integrante del hogar 5. Realizó tareas domésticas 6. Porque se encontraba sin trabajo o cesante 7. Otro (Especifique)
---	----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Parte B. Tiempo de Búsqueda de Trabajo

Responden solo los miembros del hogar que declaran BUSCAR trabajo en la Pregunta 7 (1=Si) de la Sección 1 y Parte A.

		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
5	El día de ayer, ¿Usted buscó trabajo o inició un negocio o actividad por cuenta propia?	Si <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>									

SECCIÓN 4: TRABAJO DOMÉSTICO

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR LAS DISTINTAS TAREAS DEL HOGAR QUE USTED HACE **SIN RECIBIR UN PAGO A CAMBIO**, COMO HACER LA LIMPIEZA, LAVAR LA ROPA O LA VAJILLA, PREPARAR LA COMIDA, ETC. Y CUÁNTO TIEMPO DESTINÓ A CADA ACTIVIDAD.

Parte A: Preparación y servicio de comidas

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2										
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?										
1	cocinó, preparó, calentó o sirvió alimentos o bebidas para los miembros de este hogar?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									
2	puso o recogió la mesa?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									
3	lavó, secó o guardó la vajilla?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									
4	limpió la cocina (lavaplatos, pisos, mesón)?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									
5	llevó la comida a miembros de este hogar a su lugar de trabajo, estudio u otro lugar fuera de esta vivienda?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									

Parte B: Limpieza de la vivienda

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2										
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?										
1	limpió el interior o exterior de esta vivienda (ordenar, tender camas, barrer, trapear, desempolvar, limpiar el baño, etc.)?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									
2	botó, separó o recicló la basura del hogar?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M									
H	H	:	M	M									

Parte C: Limpieza y cuidado de ropa y calzado													
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	lavó, tendió o secó ropa a mano o a máquina para los miembros de este hogar? <i>(excluya tiempo de operación de la maquina lavadora)</i>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	planchó, dobló o guardó ropa para los miembros de este hogar?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
3	hizo reparaciones y arreglos menores de ropa, calzado (coser botones, costuras, remendar, lustrar zapatos) para los miembros de este hogar?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
4	llevó o recogió ropa de la lavandería, reparadora de ropa o calzado? <i>(incluya el tiempo de traslados y espera en el lugar)</i>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

Parte D: Mantenimiento y reparaciones en el propio hogar													
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	realizó instalaciones o reparaciones menores en esta vivienda o artículos del hogar (cambiar un enchufe, reparar electrodomésticos, armar muebles)?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	realizó actividades de construcción, ampliación o reparaciones mayores en esta vivienda (construir muros, techos, etc.)? <i>(incluya el tiempo de traslados y espera en el lugar de compra de materiales de construcción, si corresponde)</i>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
3	llevó a reparación o mantenimiento algún artículo (electrodomésticos, muebles) o vehículo del hogar? <i>(incluya el tiempo de traslados y espera en el lugar)</i>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
4	realizó mantenimiento o reparación de algún vehículo automotor del hogar?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

Parte E: Administración del hogar													
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	realizó trámites o pagos de facturas de servicios asociados al hogar (luz, agua, gas, teléfono, internet, etc.) <i>(incluya tiempos de traslado)?</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	planificó las cuentas y gastos del hogar (distribuir el presupuesto para el pago de cuentas, hacer la lista del mercado, etc.)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

Parte F: Abastecimiento del hogar													
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	realizó compras para el hogar como: alimentos o artículos de limpieza (comprar el pan, detergente, ir a la feria, al mercado, al supermercado)? <i>(incluya tiempos de traslado)</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	compró ropa o calzado para usted o alguna otra persona miembro del hogar? <i>(incluya tiempos de traslado)</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
3	compró artículos o bienes para su hogar como muebles, electrodomésticos u otros enseres? <i>(incluya tiempos de traslado)</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
4	compró medicamentos o artículos de farmacia para usted o para alguna persona miembro de su hogar? <i>(incluya tiempos de traslado)</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

Parte G: Cuidado de mascotas y plantas													
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	cuidó mascotas (alimentarlas, pasearlas, bañarlas, llevarlas a la veterinaria, etc.)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	cuidó plantas en su hogar (regar, plantar, limpiar, etc.)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

SECCIÓN 5: AYUDA NO REMUNERADA A OTROS HOGARES Y LA COMUNIDAD

Parte A: Quehaceres domésticos para otros hogares

LEA: A CONTINUACIÓN VOY A PREGUNTARLE POR LOS TRABAJOS QUE USTED PUDO HACER PARA OTROS HOGARES DISTINTOS AL SUYO, COMO FAMILIARES, AMIGOS O VECINOS, **SIN RECIBIR UN PAGO A CAMBIO.**

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	ayudó a otro hogar con sus tareas domésticas, como preparar comida, hacer limpieza, etc.?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									
2	cuidó a niños o niñas de 0 a 4 años?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									
3	cuidó a niños o niñas de 5 a 14 años?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									
4	cuidó a personas de 15 a 59 años?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									
5	cuidó a personas de 60 años o más?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									

Parte B: Actividades comunitarias

LEA: PENSANDO EN LAS ACTIVIDADES QUE USTED PUDO REALIZAR PARA SU BARRIO, O LA COMUNIDAD, **SIN RECIBIR UN PAGO A CAMBIO,** ME PODRÍA DECIR CUÁLES DE ESTAS ACTIVIDADES REALIZÓ.

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	participó en actividades como eventos solidarios, actividades de juntas de vecinos, trámites para la obtención de servicios para su barrio, etc.?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									
2	trabajó como voluntario en alguna institución sin fines de lucro, como: bomberos, trabajos voluntarios de universidades, etc.?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									
3	participó activamente en sindicatos, centros o federaciones de estudiantes, movimientos sociales o partidos políticos?	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	→ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		No <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>									

SECCIÓN 6: CUIDADOS PERSONALES

Parte A: Cuidados personales y necesidades fisiológicas

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO DEDICADO A ACTIVIDADES COMO POR EJEMPLO DORMIR, COMER, IR AL MÉDICO, ETC.

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2																				
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?																				
1	durmió (incluyendo siestas)?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
2	se bañó, vistió, arregló u otras cuidados personales?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
3	desayunó?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
4	merendó en la mañana (salteña, tucumana, etc. alimento preparado antes del almuerzo)?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
5	almorzó?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
6	merendó por la tarde o tomó té?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
7	cenó?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
8	fue a consulta médica o dental para realizarse exámenes médicos o terapias, etc.? <i>(incluyendo tiempos de espera)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → Pase a preg.10	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → Pase a preg.10	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
9	¿Cuál fue el tiempo de traslado al centro de salud?	De ida <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> De vuelta <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	H	H	:	M	M	De ida <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> De vuelta <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table>	H	H	:	M	M	H	H	:	M	M
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
10	permaneció en cama por alguna enfermedad?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			
11	El día de ayer, ¿Usted fue a la peluquería, salón de belleza o spa, etc.? <i>(incluyendo tiempos de traslado)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">H</td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; text-align: center;">:</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td></tr></table> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	H	H	:	M	M										
H	H	:	M	M																			
H	H	:	M	M																			

SECCIÓN 7: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN Y APRENDIZAJE

LEA: NECESITO SABER EL TIEMPO QUE USTED DESTINA A LAS DISTINTAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON ESTUDIOS Y APRENDIZAJE.

Parte A: Asistencia al establecimiento educativo

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
1	asistió al establecimiento educativo donde estudia?	Si <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>	Si <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>
		No <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → Pase a la Parte B. Preg 3.	No <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → Pase a la Parte B. Preg 3.
2	¿Cuál fue el tiempo de traslado al establecimiento educativo?	De ida <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div> De vuelta <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>	De ida <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div> De vuelta <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>

Parte B: Otras actividades de aprendizaje

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
3	tomó clases particulares de apoyo escolar, cursos de idiomas, preuniversitario o capacitaciones para el trabajo?	Si <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>	Si <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>
		No <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>	No <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>
4	realizó tareas, trabajos de investigación o estudios fuera de clases?	Si <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>	Si <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">H</div> : <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; line-height: 20px;">M</div> </div>
		No <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>	No <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>

SECCIÓN 8: OCIO Y VIDA SOCIAL
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE SOBRE EL TIEMPO QUE USTED DEDICA A LAS ACTIVIDADES DE OCIO Y VIDA SOCIAL.

Parte A: Vida social			
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
1	conversó y/o compartió con familiares, pareja o amigos/as durante su tiempo libre?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Parte B: Asistencia a eventos			
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
2	fue al cine, museo, teatro, concierto, exposiciones de arte, danza, etc.?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3	asistió a celebraciones cívicas o religiosas (bautizo, matrimonio, funeral, misas), desfiles militares o cívicos?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4	asistió a celebraciones patronales (prestes, entradas folklóricas, etc.)?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5	fue a ver un evento deportivo a un estadio u otro recinto?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Parte C: Juegos y aficiones			
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
6	tocó un instrumento musical, pintó, dibujó, bailó, cantó, escribió algún texto literario fuera del trabajo o estudios (sin remuneración)? <i>(Incluir asistencia a clases)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
7	jugó juegos de mesa, cartas o videojuegos, etc.? <i>(No incluir actividades realizadas por trabajo o estudio. Excluir uso del Computador)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Parte D: Deportes			
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
8	practicó algún deporte o hizo ejercicio físico? <i>(excluir si es por trabajo o estudio)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Parte E: Uso de medios de comunicación			
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
9	leyó diarios, libros y/o revistas? <i>(excluir si es por trabajo o estudio)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
10	vió televisión (programas de tv, películas, series, documentales, noticias, etc.)?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
11	escuchó radio u otros medios de audio?	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
12	utilizó la computadora o tablet o celular para consultar información y/o navegar por internet, chatear o jugar videojuegos? <i>(excluir si es por trabajo, estudio, pago de servicios)</i>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Si <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> → <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> : <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> No <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

SECCIÓN 9: CUIDADOS A INTEGRANTES DEL HOGAR
No realizar el módulo en caso de Hogar Unipersonal
Parte A: Cuidados a Personas que requieren apoyo permanente

 ¿Se identificó personas que requieran cuidados permanentes?
(excluya a él o la informante)

Si

No

➔ Registre los nombres y complete la Parte A

➔ Pase a la Parte B

 Cód. de
identificación

 LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____ COMO POR EJEMPLO
DARLE DE COMER, LLEVARLE AL HOSPITAL, AYUDARLE A BAÑARSE, ETC.

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1	dió de comer o amamantó?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
2	acostó?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
3	llevó al baño?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
4	bañó o aseó?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
5	vistió o arregló?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
6	aconsejó o conversó?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
7	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
8	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
9	acompañó o llevó a algún establecimiento educativo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
10	ayudó con tareas escolares?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
11	jugó?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
12	leyó o contó cuentos?	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
13	acompañó o llevó a sus clases, trabajo u otro lugar? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M

SECCIÓN 9: CUIDADOS A INTEGRANTES DEL HOGAR
No realizar el módulo en caso de Hogar Unipersonal
Parte A: Cuidados a Personas que requieren apoyo permanente

 ¿Se identificó personas que requieran cuidados permanentes?
(excluya a él o la informante)

Si

No

→ Registre los nombres y complete la Parte A

→ Pase a la Parte B

 Cód. de
identificación

 LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____ COMO POR EJEMPLO
DARLE DE COMER, LLEVARLE AL HOSPITAL, AYUDARLE A BAÑARSE, ETC.

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1	dió de comer o amamantó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	acostó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
3	llevó al baño?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
4	bañó o aseó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
5	vistió o arregló?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
6	aconsejó o conversó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
7	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
8	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
9	acompañó o llevó a algún establecimiento educativo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
10	ayudó con tareas escolares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
11	jugó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
12	leyó o contó cuentos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
13	acompañó o llevó a sus clases, trabajo u otro lugar? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

SECCIÓN 9: CUIDADOS A INTEGRANTES DEL HOGAR
No realizar el módulo en caso de Hogar Unipersonal
Parte A: Cuidados a Personas que requieren apoyo permanente

 ¿Se identificó personas que requieran cuidados permanentes?
(excluya a él o la informante)

Si

No

→ Registre los nombres y complete la Parte A

→ Pase a la Parte B

 Cód. de
identificación

 LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____ COMO POR EJEMPLO
DARLE DE COMER, LLEVARLE AL HOSPITAL, AYUDARLE A BAÑARSE, ETC.

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1	dió de comer o amamantó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	acostó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
3	llevó al baño?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
4	bañó o aseó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
5	vistió o arregló?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
6	aconsejó o conversó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
7	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
8	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
9	acompañó o llevó a algún establecimiento educativo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
10	ayudó con tareas escolares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
11	jugó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
12	leyó o contó cuentos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
13	acompañó o llevó a sus clases, trabajo u otro lugar? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

Parte B: Cuidados a niñas y niños de 0 a 4 años

¿Se identificó personas de 0 a 4 años?

 Si
No

 ➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte B
➔ Pase a la Parte C

 Cód. de
identificación

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1

dió de comer o amamantó?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

2

acostó?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

3

llevó al baño?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

4

bañó o aseó?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

5

vistió o arregló?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

6

aconsejó o conversó?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

7

dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

8

 acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

9

 acompañó o llevó a algún establecimiento educativo?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

10

ayudó con tareas escolares?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

11

jugó?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

12

leyó o contó cuentos?

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

 Si
No

 ➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Parte B: Cuidados a niñas y niños de 0 a 4 años

¿Se identificó personas de 0 a 4 años?

Si
No

➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte B
➔ Pase a la Parte C

Cód. de
identificación

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1

dió de comer o amamantó?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

2

acostó?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

3

llevó al baño?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

4

bañó o aseó?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

5

vistió o arregló?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

6

aconsejó o conversó?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

7

dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

8

acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

9

acompañó o llevó a algún establecimiento educativo?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

10

ayudó con tareas escolares?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

11

jugó?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

12

leyó o contó cuentos?

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si
No

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Parte B: Cuidados a niñas y niños de 0 a 4 años

¿Se identificó personas de 0 a 4 años?

 Si ☐
No ☐

 ➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte B
➔ Pase a la Parte C

 Cód. de
identificación

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

¿Por cuánto tiempo?

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

1 dió de comer o amamantó?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

2 acostó?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

3 llevó al baño?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

4 bañó o aseó?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

5 vistió o arregló?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

6 aconsejó o conversó?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

7 dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 8 acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 9 acompañó o llevó a algún establecimiento educativo?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

10 ayudó con tareas escolares?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

11 jugó?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

12 leyó o contó cuentos?

 Si ☐ ➔ :
No ☐

 Si ☐ ➔ :
No ☐

Parte C: Cuidados a niñas y niños de 5 a 14 años

¿Se identificó personas de 5 a 14 años?
(excluya a él o la informante)

Si ☐
No ☐

➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte C
➔ Pase a la Parte D

Cód. de
identificación

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1		Día 2									
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?									
1	dió de comer o amamantó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
2	baño o aseó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
3	vistió o arregló?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
4	aconsejó o conversó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
5	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
6	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
7	acompañó o llevó a algún establecimiento educativo u otras actividades extraescolares? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
8	ayudó con tareas escolares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
9	fue a actividades del colegio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
10	jugó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												
11	leyó o contó cuentos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td></tr></table> : <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M
H	H												
M	M												
H	H												
M	M												

Parte C: Cuidados a niñas y niños de 5 a 14 años

¿Se identificó personas de 5 a 14 años?
(excluya a él o la informante)

Si ☐
No ☐

➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte C
➔ Pase a la Parte D

Cód. de
identificación

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1 dió de comer o amamantó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

2 baño o aseó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

3 vistió o arregló?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

4 aconsejó o conversó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

5 dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

6 acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

7 acompañó o llevó a algún establecimiento educativo u otras actividades extraescolares?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

8 ayudó con tareas escolares?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

9 fue a actividades del colegio?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

10 jugó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

11 leyó o contó cuentos?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Parte C: Cuidados a niñas y niños de 5 a 14 años

¿Se identificó personas de 5 a 14 años?
(excluya a él o la informante)

Si ☐
No ☐

➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte C
➔ Pase a la Parte D

Cód. de
identificación

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...

Día 1

Día 2

¿Por cuánto tiempo?

¿Por cuánto tiempo?

1 dió de comer o amamantó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

2 baño o aseó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

3 vistió o arregló?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

4 aconsejó o conversó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

5 dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

6 acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

7 acompañó o llevó a algún establecimiento educativo u otras actividades extraescolares?
(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

8 ayudó con tareas escolares?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

9 fue a actividades del colegio?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

10 jugó?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

11 leyó o contó cuentos?

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Si ☐
No ☐

➔

H	H
---	---

 :

M	M
---	---

Parte D: Cuidados a personas de 15 a 59 años

¿Se identificó personas de 15 a 59 años? (excluya a él o la informante)	Si No	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte D ➔ Pase a la Parte E	Cód. de identificación	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA PARA CUIDAR A _____

El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
1	aconsejó o conversó?	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
2	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
3	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? <i>(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)</i>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
4	acompañó o llevó al colegio, instituto, universidad u otra institución educativa? <i>(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)</i>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
5	ayudó con tareas escolares?	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
6	acompañó o llevó a su lugar de trabajo? <i>(Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)</i>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Si <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> ➔ <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> H : <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M <input style="width:20px; height:20px; text-align: center;"/> M No <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>

Parte D: Cuidados a personas de 15 a 59 años									
¿Se identificó personas de 15 a 59 años? (excluya a él o la informante)			Si <input type="checkbox"/>	➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte D				Cód. de identificación	<input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>	➔ Pase a la Parte E					
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA PARA CUIDAR A _____									
El día de ayer, ¿Usted ...			Día 1				Día 2		
			¿Por cuánto tiempo?				¿Por cuánto tiempo?		
1	aconsejó o conversó?		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		No <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			
2	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		No <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			
3	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		No <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			
4	acompañó o llevó al colegio, instituto, universidad u otra institución educativa? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		No <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			
5	ayudó con tareas escolares?		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		No <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			
6	acompañó o llevó a su lugar de trabajo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		No <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			

Parte D: Cuidados a personas de 15 a 59 años									
¿Se identificó personas de 15 a 59 años? (excluya a él o la informante)				Si <input type="checkbox"/>		➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte D		Cód. de identificación <input type="text"/>	
				No <input type="checkbox"/>		➔ Pase a la Parte E			
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA PARA CUIDAR A _____									
El día de ayer, ¿Usted ...				Día 1			Día 2		
				¿Por cuánto tiempo?			¿Por cuánto tiempo?		
1	aconsejó o conversó?			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
				No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
2	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
				No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
3	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
				No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
4	acompañó o llevó al colegio, instituto, universidad u otra institución educativa? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
				No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
5	ayudó con tareas escolares?			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
				No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
6	acompañó o llevó a su lugar de trabajo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M			Si <input type="checkbox"/> ➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
				No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		

Parte E: Cuidados a personas de 60 años o más									
¿Se identificó personas de 60 años o más? (excluya a él o la informante)		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte E ➔ Pase a la Sección 10				Cód. de identificación <input type="text"/>	
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA PARA CUIDAR A _____									
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1 ¿Por cuánto tiempo?				Día 2 ¿Por cuánto tiempo?			
1	aconsejó o conversó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
2	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
3	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
4	acompañó o llevó a su lugar de trabajo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔ <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				

Parte E: Cuidados a personas de 60 años o más									
¿Se identificó personas de 60 años o más? (excluya a él o la informante)		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte E ➔ Pase a la Sección 10				Cód. de identificación <input type="text"/>	
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA PARA CUIDAR A _____									
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1 ¿Por cuánto tiempo?				Día 2 ¿Por cuánto tiempo?			
1	aconsejó o conversó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
2	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
3	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		
4	acompañó o llevó a su lugar de trabajo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	➔	<input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		

Parte E: Cuidados a personas de 60 años o más									
¿Se identificó personas de 60 años o más? (excluya a él o la informante)		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ Registre los nombres, códigos en el hogar y complete la Parte E ➔ Pase a la Sección 10				Cód. de identificación	
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA PARA CUIDAR A _____									
El día de ayer, ¿Usted ...		Día 1 ¿Por cuánto tiempo?				Día 2 ¿Por cuánto tiempo?			
1	aconsejó o conversó?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	
2	dió medicamentos, algún tratamiento de salud o cuidó por alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	
3	acompañó o llevó a algún centro de salud o atención médica privada? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	
4	acompañó o llevó a su lugar de trabajo? (Considerar tiempo total de acompañamiento: ida, estadía y vuelta)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		➔ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	

SECCIÓN 10: TRABAJO PARA EL AUTOCONSUMO DE BIENES

Parte A: Trabajo para el autoconsumo de bienes

LEA: A CONTINUACIÓN VOY A PREGUNTARLE POR LOS TRABAJOS QUE USTED PUDO REALIZAR PARA OBTENER PRINCIPALMENTE BIENES DE USO FINAL PROPIO DE SU HOGAR (AUTOCONSUMO O AUTOFORMACIÓN DE CAPITAL), ES DECIR, SIN RECIBIR UN PAGO A CAMBIO.

El día de ayer SÓLO para el consumo de su hogar, ¿Usted...		Día 1		Día 2	
		¿Por cuánto tiempo?		¿Por cuánto tiempo?	
1	trabajó en cultivos agrícolas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
2	crió, cuidó, cazó animales o pescó, o elaboró productos derivados (mermeladas, charque, chuño, queso, etc.)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
3	acarreo o almacenó agua?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
4	recolectó leña?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M
5	elaboró, bordó, hiló o tejió (ropa, manteles, aguayos, zapatos), utensilios del hogar (ollas, platos, vasijas, etc.), materiales de construcción (adobes, ladrillos, etc.)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> H <input type="text"/> H : <input type="text"/> M <input type="text"/> M

Sección 11: Actividades simultáneas			
Parte A: Actividades simultáneas			
De las actividades que realizó, ¿hizo algunas al mismo tiempo?		<div><div>Si</div><div>No</div></div>	<div>→ Pase a la Sección 12</div>
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS AL MISMO TIEMPO			

¿Qué otra actividad realizó al mismo tiempo?		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
1 y	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
2 y	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
3 y	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
4 y	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
5 y	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
6 y	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>

Sección 12: Otras actividades			
Parte A: Otras actividades			
¿Realizó alguna(s) actividad(es) adicional(es)?		<div><div>Si</div><div>No</div></div>	<div>→ Pase a la Sección 13</div>
LEA: AHORA VOY A PREGUNTARLE POR EL TIEMPO QUE UD. DEDICA A ESTA ACTIVIDAD ADICIONAL			

¿Qué otra actividad adicional realizó el día de ayer?		Día 1	Día 2
		¿Por cuánto tiempo?	¿Por cuánto tiempo?
1	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
2	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
3	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
4	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
5	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>
6	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>	→ <div><div><div>H</div><div>H</div></div><div>:</div><div><div>M</div><div>M</div></div></div>

Sección 13: SATISFACCIÓN CON EL USO DEL TIEMPO

1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que dedica a ...?:
MARQUE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN PARA CADA ASPECTO DE LA VIDA.

	1. Totalmente insatisfecho/a	2. Insatisfecho/a	3. Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	4. Satisfecho/a	5. Totalmente satisfecho/a	No aplica (98)
1. Usted misma (o)						
2. Sólo si tiene pareja. Su pareja						
3. Sólo si tiene hijos o hijas. Sus hijos(a)						
4. Sólo si tiene padres. Sus padres						
5. El trabajo						
6. Amistades						
7. Pasatiempos						
8. Descanso						

2. Durante el día de ayer, ¿Ocurrió alguna de las siguientes situaciones en su vida personal o en su hogar?

	1. Si 2. No
1. Recibir una visita durante todo el día?	
2. Visitar amigos o familiares?	
3. Estar de vacaciones?	
4. Hacer una fiesta o evento	
5. El fallecimiento de algún familiar o amigo?	
6. Estar todo el día fuera de su hogar por un viaje?	
7. Estar en paro o huelga	
8. Otra (especifique)_____	

3. En general, ¿se siente estresado?

1. Sí, siempre ☐ → *Pase a 4*
2. Sí, algunas veces ☐ → *Pase a la Sección 14*
3. No, nunca ☐ → *Pase a la Sección 14*

4. ¿Cuáles son las **principales** fuentes de estrés?

	1. Si 2. No		1. Si 2. No
1. El trabajo fuera del hogar	<input type="checkbox"/>	6. La vida en familia	<input type="checkbox"/>
2. El trabajo doméstico	<input type="checkbox"/>	7. El estudio	<input type="checkbox"/>
3. El cuidado de personas	<input type="checkbox"/>	8. El tráfico	<input type="checkbox"/>
4. El trabajo remunerado	<input type="checkbox"/>	9. La delincuencia	<input type="checkbox"/>
5. Problemas económicos	<input type="checkbox"/>	10. Otra (Especifique)	<input type="checkbox"/>

SECCION 14. SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS

PARTE A. SERVICIOS DE SALUD	PARTE B: SERVICIOS ADMINISTRATIVOS																																							
<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias con el acceso y/o uso de la atención de salud pública y privada durante los últimos 12 meses.</p>	<p>Le formularé algunas preguntas sobre el acceso y uso de algunos servicios en la administración pública en nuestro país hoy en día.</p>																																							
<p>1. Durante los últimos 12 meses, usted necesitó alguna atención o tratamiento médico (excluyendo la atención dental)?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div style="margin-right: 10px;"> 1. Si 2. No 3. Se niega a responder </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px; flex-grow: 1;"> PASE A LA PREG. 7 </div> </div>	<p>7. En los últimos 12 meses, ¿Necesitó tramitar una cédula de identidad, un pasaporte, una licencia de conducir o un carnet de sufragio para votar, o tenía que sacar un certificado de nacimiento, fallecimiento, matrimonio o divorcio, u otro trámite de ciudadanía?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div style="margin-right: 10px;"> 1. Si 2. No 3. Se niega a responder </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px; flex-grow: 1;"> PASE A LA SECCIÓN 14. PARTE C. </div> </div>																																							
<p>2. Durante los últimos 12 meses, usted recibió atención o tratamiento médico cuando lo necesitaba?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div style="margin-right: 10px;"> 1. Si 2. No 3. Se niega a responder </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px; flex-grow: 1;"> PASE A LA PREG. 4 </div> </div>	<p>8. ¿Intentó obtener dicho(s) documento(s) en algún servicio de la administración pública?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div style="margin-right: 10px;"> 1. Si 2. No 3. Se niega a responder </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px; flex-grow: 1;"> PASE A LA PREG. 10 </div> </div>																																							
<p>3. ¿Cuál fue el principal motivo por el que no se realizó la atención o tratamiento médico?</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input style="margin-bottom: 10px;" type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 100px;"> PASE A LA PREG. 7 </div> </div> <div> 1. NO PODÍA PAGAR (DEMASIADO CARO) 2. LARGA LISTA DE ESPERA 3. NO PODÍA IR (DEBIDO AL TRABAJO, EL CUIDADO DE NIÑOS O POR OTRAS RAZONES) 4. EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTA MUY LEJOS O NO 5. NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS Y EL PERSONAL DE SALUD 6. QUERÍA ESPERAR Y VER SI EL PROBLEMA MEJORABA POR 7. NO CONOCÍA A NINGÚN BUEN MÉDICO 8. LAS INSTALACIONES DE SALUD NO ESTÁN LIMPIAS 9. LAS INSTALACIONES DE SALUD NO ESTÁN EQUIPADAS 10. OTROS MOTIVOS (ESPECIFIQUE) </div> </div>	<p>9. ¿Cuál fue el último documento que intentó obtener en algún servicio de la administración pública?</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input style="margin-bottom: 10px;" type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 100px;"> PASE A LA PREG. 11 </div> </div> <div> 1. CEDULA DE IDENTIDAD 2. PASAPORTE 3. LICENCIA DE CONDUCIR 4. CARNET DE SUFRAGIO PARA VOTAR 5. CERTIFICADO DE NACIMIENTO 6. CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO 7. CERTIFICADO DE MATRIMONIO 8. CERTIFICADO DE DIVORCIO 9. OTRO TRAMITE DE CIUDADANIA (ESPECIFIQUE)..... </div> </div>																																							
<p>4. En los últimos 12 meses, ¿Dónde usted recibió la última atención o tratamiento médico?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div> 1. Cajas de Salud (CNS, COSSMIL u otras) 2. Establecimientos de salud públicos 3. Establecimientos de salud privados 4. Su domicilio, atendido por el Programa "Mi Salud" 5. Médico tradicional 6. La farmacia 7. Otros (Especifique) </div> </div>	<p>10. ¿Cuál es la razón principal por la que no intentó obtener dicho(s) documento(s) en los servicios de la administración pública?</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input style="margin-bottom: 10px;" type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 100px;"> PASE A LA SECCIÓN 14. PARTE C </div> </div> <div> 1. No puedo pagar (las tarifas administrativas son muy caras) 2. Demasiado difícil acceder al punto del servicio (oficina, número de teléfono, sitio web) 3. El personal no trata a las personas con respeto 4. El proceso para solicitar y obtener dichos documentos es demasiado complicado 5. Toma demasiado tiempo para obtener lo que necesita 6. Otras razones (Especifique) </div> </div>																																							
<p>5. Pensando en esta última atención o tratamiento médico:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 75%;">¿Diría usted que...</th> <th style="width: 20%;"> 1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder 5. No aplica </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El consultorio del médico, la clínica, establecimiento de salud o un hospital fueron localizados sin dificultades?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿Los gastos por servicios de atención médica eran accesibles para usted o su hogar?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Las instalaciones de salud estaban limpias y en buenas condiciones?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿Usted fue tratado con respeto?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿El médico pasó suficiente tiempo con usted?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>La/El enfermera/o pasó suficiente tiempo con usted?</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		¿Diría usted que...	1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder 5. No aplica	1	¿El consultorio del médico, la clínica, establecimiento de salud o un hospital fueron localizados sin dificultades?		2	¿Los gastos por servicios de atención médica eran accesibles para usted o su hogar?		3	¿Las instalaciones de salud estaban limpias y en buenas condiciones?		4	¿Usted fue tratado con respeto?		5	¿El médico pasó suficiente tiempo con usted?		6	La/El enfermera/o pasó suficiente tiempo con usted?		<p>11. Pensando en ese último trámite:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 75%;">¿Diría usted que...</th> <th style="width: 20%;"> 1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>El punto de servicio (oficina, número de teléfono, sitio web) era de fácil acceso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Las tarifas que necesitaba para pagar el documento eran accesibles para usted o su hogar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Usted fue tratado con respeto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>El proceso para solicitar y obtener el documento fue sencillo y fácil de entender</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>La cantidad de tiempo que tomó obtener el documento fue razonable</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		¿Diría usted que...	1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder	1	El punto de servicio (oficina, número de teléfono, sitio web) era de fácil acceso		2	Las tarifas que necesitaba para pagar el documento eran accesibles para usted o su hogar		3	Usted fue tratado con respeto		4	El proceso para solicitar y obtener el documento fue sencillo y fácil de entender		5	La cantidad de tiempo que tomó obtener el documento fue razonable	
	¿Diría usted que...	1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder 5. No aplica																																						
1	¿El consultorio del médico, la clínica, establecimiento de salud o un hospital fueron localizados sin dificultades?																																							
2	¿Los gastos por servicios de atención médica eran accesibles para usted o su hogar?																																							
3	¿Las instalaciones de salud estaban limpias y en buenas condiciones?																																							
4	¿Usted fue tratado con respeto?																																							
5	¿El médico pasó suficiente tiempo con usted?																																							
6	La/El enfermera/o pasó suficiente tiempo con usted?																																							
	¿Diría usted que...	1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder																																						
1	El punto de servicio (oficina, número de teléfono, sitio web) era de fácil acceso																																							
2	Las tarifas que necesitaba para pagar el documento eran accesibles para usted o su hogar																																							
3	Usted fue tratado con respeto																																							
4	El proceso para solicitar y obtener el documento fue sencillo y fácil de entender																																							
5	La cantidad de tiempo que tomó obtener el documento fue razonable																																							
<p>6. Pensando en esta última atención o tratamiento médico, en general, ¿qué tan satisfecho estaba con los servicios de atención médica que recibió usted en esa ocasión?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div> 1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Satisfecho 4. Muy satisfecho 5. No sabe 6. Se niega a responder </div> </div>	<p>12. En general, ¿qué tan satisfecho estuvo con los servicios de la administración pública que recibió en esa ocasión? (es decir, el último trámite que realizó en los últimos 12 meses)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="margin-right: 10px;" type="checkbox"/> <div> 1. Muy satisfecho 2. Insatisfecho 3. Satisfecho 4. Muy satisfecho 5. No sabe 6. Se niega a responder </div> </div>																																							

SECCIÓN 14: SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS

REALIZAR A LA PERSONA ENCARGADA DE COMPRAS DEL HOGAR

PARTE C. SERVICIOS DE EDUCACIÓN

Finalmente, le haré algunas preguntas sobre el acceso a la educación primaria y secundaria

1. En su hogar ¿viven niños(as), adolescentes o jóvenes en edades comprendidas entre 4 a 19 años?

☐

1. Si
2. No
3. Se niega a responder

FIN DE LA ENTREVISTA, EXCEPTO PARA LA PERSONA SELECCIONADA

2. Durante este año, ¿Cuántos de sus niños(as), adolescentes o jóvenes...

1. asisten o asistieron regularmente al colegio o escuela privada?
2. asisten o asistieron regularmente al colegio o escuela pública o de convenio?
3. no están matriculados ni asisten a ningún establecimiento educativo

☐
☐
☐


PASE A LA PREG. 4

FIN DE LA ENTREVISTA, EXCEPTO PARA LA PERSONA SELECCIONADA

3. ¿Cuál es la **razón principal** por la que algunos niños(as), adolescentes o jóvenes que viven en su hogar no se matricularon en una escuela o colegio público o de convenio?

☐

1. LAS INSTALACIONES ESCOLARES ESTÁN EN MALAS CONDICIONES
2. LAS INSTALACIONES ESCOLARES NO SON SEGURAS
3. LOS MAESTROS Y PERSONAL DE LA ESCUELA NO TRATAN A LOS NIÑOS/JÓVENES CON RESPETO
4. LOS NIÑOS/JÓVENES NO APRENDEN MUCHO
5. LOS MAESTROS A MENUDO FALTAN A CLASES
6. A LOS NIÑOS NO LES GUSTA LA ESCUELA/COLEGIO PÚBLICO O DE CONVENIO
7. LOS NIÑOS/JÓVENES SON INTIMIDADOS EN LA ESCUELA (BULLYING)
8. OTRAS RAZONES (ESPECIFIQUE)

4. En relación a los servicios de los establecimientos escolares a los que asisten los niños(as) o adolescentes que viven en su hogar:

	¿Diría usted que...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe 4. Se niega a responder
1	¿Se puede llegar a la escuela desde su casa sin dificultades?	
2	¿Los gastos relacionados con la escuela (incluidos libros, uniformes y transporte) son accesibles para usted o su hogar?	
2	¿La escuela proporciona un ambiente de aprendizaje seguro?	
3	¿Los maestros y otro personal de la escuela tratan a los niños o adolescentes con respeto?	
4	¿Los niños o adolescentes están adquiriendo conocimiento y habilidades?	

5. En general, ¿qué tan satisfecho está con los servicios educativos de los establecimientos escolares a los que asisten o asistieron los niños(as), adolescentes o jóvenes que viven en su hogar?

☐

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Satisfecho
4. Muy satisfecho
5. No sabe
6. Se niega responder