

SECCIÓN I. COMPOSICIÓN DEL HOGAR				
1	NÚMERO DE ORDEN DE PERSONAS REGISTRADAS	01	02	03
2	Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar y también el nombre de las personas visitantes que durmieron anoche aquí. Comencemos por el jefe/la jefa del hogar.	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
3	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
4A	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
4B	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO..... DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO..... DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO..... DÍA MES AÑO
5	¿Cuál es la relación o parentesco de (NOMBRE) con el jefe/(la jefa) del hogar?	JEFE O JEFA DEL HOGAR..... 1	ESPOSO/A O CONVIVIENTE..... 2 HIJO/ A 3 ENTENADO/A/HIASTR..... 4 YERNO O NUERA..... 5 HERMANO/A O CUÑAD..... 6 PADRES..... 7 SUEGROS..... 8 NIETO/ NIETA..... 9 OTRO PARIENTE..... 10 OTRO QUE NO ES PARIENT..... 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADEN..... 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HC..... 13	ESPOSO/A O CONVIVIENTE..... 2 HIJO/ A 3 ENTENADO/A/HIASTR..... 4 YERNO O NUERA..... 5 HERMANO/A O CUÑAD..... 6 PADRES..... 7 SUEGROS..... 8 NIETO/ NIETA..... 9 OTRO PARIENTE..... 10 OTRO QUE NO ES PARIENT..... 11 EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADEN..... 12 PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HC..... 13
6	Indague quién es el..... A ¿Esposo/a ó compañero/a de (NOMBRE)? B ¿Padre/padrastro de (NOMBRE)? C ¿Madre/madrastra de (NOMBRE)? ANOTE/SELECCIONE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE ANOTE "00" SI NO APLICA O NO VIVE EN EL HOGAR	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....	SU ESPOSO/ A..... SU PADRE/ PADRASTRO..... SU MADRE/ MADRASTRA.....
6A	VERIFICAR PREGUNTA 4A: AÑOS CUMPLIDOS DEL NIÑO/A		Menor a 6 años DE 6 años o más	Menor a 6 años DE 6 años o más
7	Indague quién es el..... ¿Cuidador principal de (NOMBRE)? ¿Hay algún otro cuidador para (NOMBRE)? ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE		A MADRE (MIEMBRO DEL HOGAR) B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR C OTRO GUARDERIA/CENTRO INFANTIL 96 NO MIEMBRO DEL HOG 97	A MADRE (MIEMBRO DEL HOGAR) B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR C OTRO GUARDERIA/CENTRO INFANTIL 96 NO MIEMBRO DEL HOG 97
8	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez (NOMBRE)?	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANÍ..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 NO HABLA AÚN..... 8	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANÍ..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 NO HABLA AÚN..... 8	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANÍ..... 4 OTRO NATIVO..... 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7 NO HABLA AÚN..... 8
9	¿Qué idiomas habla actualmente (NOMBRE)? ¿Algún otro idioma? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANÍ..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANÍ..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)	QUECHUA..... A AYMARA..... B CASTELLANO..... C GUARANÍ..... D OTRO NATIVO..... X (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... Y (ESPECIFIQUE)
10	¿A qué nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece (NOMBRE)?	NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO..... 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE..... 2 NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3
11	¿(NOMBRE) vive habitualmente aquí?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
12	¿Durmió (NOMBRE) anoche aquí?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
13	¿Hay otras personas que tal vez no hemos listado, como bebés, niñas/os, ancianas/os, no familiares o huéspedes y/o personas con discapacidad?	SI..... 1 NO..... 2	REGISTRE EN COLUMNA RESPECTIVA HAGA PREGUNTAS 2 A 12 CONTINUE CON PREGUNTA 14	
14	MARCAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 12 A 49 AÑOS	01	02	03
15	MARCAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS HOMBRRES DE 15 A 64 AÑOS	01	02	03
16	MARCAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS/OS NIÑAS/OS MENORES A 6 AÑOS.		02	03
	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES		Menor de 18 años	Menor de 18 años
17	¿Está vivo el padre biológico de (NOMBRE)?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 19)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 19)
18	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE ANOTE "00" SI NO VIVE EN EL HOGAR		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE
19	¿Está viva la madre biológica de (NOMBRE)?		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 21)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 21)
20	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE. ANOTE "00" SI NO VIVE EN EL HOGAR		NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE	NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE
21	¿Tiene (NOMBRE) Certificado o Acta de nacimiento? SI "SI", PREGUNTE : ¿Puedo verlo? SI LE MUESTRA EL CERTIFICADO: VERIFIQUE LA FECHA DE NACIMIENTO, CORRIJA LA EDAD SI ES NECESARIO EN LA PREGUNTA 3.		SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8	SI TIENE, VISTO..... 1 SI TIENE, NO VISTO..... 2 NO TIENE..... 3 NO SABE..... 8

04		05		06		07	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
HOMBRE..... 1		HOMBRE..... 1		HOMBRE..... 1		HOMBRE..... 1	
MUJER..... 2		MUJER..... 2		MUJER..... 2		MUJER..... 2	
AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....		AÑOS CUMPLIDOS.....	
FECHA DE NACIMIENT.....		FECHA DE NACIMIENT.....		FECHA DE NACIMIENT.....		FECHA DE NACIMIENT.....	
ESPOSO/A O CONVIVIENTE..... 2		ESPOSO/A O CONVIVIENTE..... 2		ESPOSO/A O CONVIVIENTE..... 2		ESPOSO/A O CONVIVIENTE..... 2	
HIJO/ A 3		HIJO/ A 3		HIJO/ A 3		HIJO/ A 3	
ENTENADO/A/HIASTR..... 4		ENTENADO/A/HIASTR..... 4		ENTENADO/A/HIASTR..... 4		ENTENADO/A/HIASTR..... 4	
YERNO O NUERA..... 5		YERNO O NUERA..... 5		YERNO O NUERA..... 5		YERNO O NUERA..... 5	
HERMANO/A O CUÑAD..... 6		HERMANO/A O CUÑAD..... 6		HERMANO/A O CUÑAD..... 6		HERMANO/A O CUÑAD..... 6	
PADRES..... 7		PADRES..... 7		PADRES..... 7		PADRES..... 7	
SUEGROS..... 8		SUEGROS..... 8		SUEGROS..... 8		SUEGROS..... 8	
NIETO/ NIETA..... 9		NIETO/ NIETA..... 9		NIETO/ NIETA..... 9		NIETO/ NIETA..... 9	
OTRO PARIENTE..... 10		OTRO PARIENTE..... 10		OTRO PARIENTE..... 10		OTRO PARIENTE..... 10	
OTRO QUE NO ES PARIENT..... 11		OTRO QUE NO ES PARIENT..... 11		OTRO QUE NO ES PARIENT..... 11		OTRO QUE NO ES PARIENT..... 11	
EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADEN..... 12		EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADEN..... 12		EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADEN..... 12		EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADEN..... 12	
PARIENTE DE LA EMPLAADA/O DEL HC..... 13		PARIENTE DE LA EMPLAADA/O DEL HC..... 13		PARIENTE DE LA EMPLAADA/O DEL HC..... 13		PARIENTE DE LA EMPLAADA/O DEL HC..... 13	
SU ESPOSO/ A.....		SU ESPOSO/ A.....		SU ESPOSO/ A.....		SU ESPOSO/ A.....	
SU PADRE/ PADRASTRO.....		SU PADRE/ PADRASTRO.....		SU PADRE/ PADRASTRO.....		SU PADRE/ PADRASTRO.....	
SU MADRE/ MADRASTRA.....		SU MADRE/ MADRASTRA.....		SU MADRE/ MADRASTRA.....		SU MADRE/ MADRASTRA.....	
MENOR A 6 AÑOS		MENOR A 6 AÑOS		MENOR A 6 AÑOS		MENOR A 6 AÑOS	
DE 6 AÑOS O MÁS		DE 6 AÑOS O MÁS		DE 6 AÑOS O MÁS		DE 6 AÑOS O MÁS	
A MADRE (MIEMBRO DEL HOGAR)		A MADRE (MIEMBRO DEL HOGAR)		A MADRE (MIEMBRO DEL HOGAR)		A MADRE (MIEMBRO DEL HOGAR)	
B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR		B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR		B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR		B OTRO MIEMBRO DEL HOGAR	
C OTRO		C OTRO		C OTRO		C OTRO	
GUARDERIA/CENTRO INFANTIL		GUARDERIA/CENTRO INFANTIL		GUARDERIA/CENTRO INFANTIL		GUARDERIA/CENTRO INFANTIL	
NO MIEMBRO DEL HOG		NO MIEMBRO DEL HOG		NO MIEMBRO DEL HOG		NO MIEMBRO DEL HOG	
QUECHUA..... 1		QUECHUA..... 1		QUECHUA..... 1		QUECHUA..... 1	
AYMARA..... 2		AYMARA..... 2		AYMARA..... 2		AYMARA..... 2	
CASTELLANO..... 3		CASTELLANO..... 3		CASTELLANO..... 3		CASTELLANO..... 3	
GUARANÍ..... 4		GUARANÍ..... 4		GUARANÍ..... 4		GUARANÍ..... 4	
OTRO NATIVO..... 5		OTRO NATIVO..... 5		OTRO NATIVO..... 5		OTRO NATIVO..... 5	
(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)	
EXTRANJERO..... 6		EXTRANJERO..... 6		EXTRANJERO..... 6		EXTRANJERO..... 6	
NO PUEDE HABLAR..... 7		NO PUEDE HABLAR..... 7		NO PUEDE HABLAR..... 7		NO PUEDE HABLAR..... 7	
NO HABLA AÚN..... 8		NO HABLA AÚN..... 8		NO HABLA AÚN..... 8		NO HABLA AÚN..... 8	
QUECHUA..... A		QUECHUA..... A		QUECHUA..... A		QUECHUA..... A	
AYMARA..... B		AYMARA..... B		AYMARA..... B		AYMARA..... B	
CASTELLANO..... C		CASTELLANO..... C		CASTELLANO..... C		CASTELLANO..... C	
GUARANÍ..... D		GUARANÍ..... D		GUARANÍ..... D		GUARANÍ..... D	
OTRO NATIVO..... X		OTRO NATIVO..... X		OTRO NATIVO..... X		OTRO NATIVO..... X	
(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)	
EXTRANJERO..... Y		EXTRANJERO..... Y		EXTRANJERO..... Y		EXTRANJERO..... Y	
(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)	
NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO		NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO		NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO		NACIÓN O PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINO	
O AFROBOLIVIANO..... 1		O AFROBOLIVIANO..... 1		O AFROBOLIVIANO..... 1		O AFROBOLIVIANO..... 1	
(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)		(ESPECIFIQUE)	
NO PERTENECE..... 2		NO PERTENECE..... 2		NO PERTENECE..... 2		NO PERTENECE..... 2	
NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3		NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3		NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3		NO ES BOLIVIANO O BOLIVIANA..... 3	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
04		05		06		07	
04		05		06		07	
04		05		06		07	
MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS		MENOR DE 18 AÑOS	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1	
NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2		NO..... 2	
NO SABE..... 8		NO SABE..... 8		NO SABE..... 8		NO SABE..... 8	
(PASE A 19)		(PASE A 19)		(PASE A 19)		(PASE A 19)	
NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE		NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE	
SI..... 1		SI..... 1		SI..... 1		SI.....	

	COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	01	02	03
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
		AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
SECCIÓN II. EDUCACIÓN				
		4 AÑOS O MÁS	4 AÑOS O MÁS	4 AÑOS O MÁS
22	¿Sabe (NOMBRE) leer y escribir?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
23	¿(NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela, colegio o universidad? SI ES "NO" SONDEE: ¿Ni un solo año?	SI 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A 29. ←	SI 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A 29. ←	SI 1 NO, NUNCA ASISTIÓ..... 2 PASE A 29. ←
24	¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que (NOMBRE) aprobó?	NIVEL CURSO NINGUNO..... 1 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 3 SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO BÁSICO (1 A 5 AÑOS)..... 4 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 5 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 6 SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 7 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 8 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 12 POSTGRADO..... 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIA..... 15	NIVEL CURSO NINGUNO..... 1 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 3 SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO BÁSICO (1 A 5 AÑOS)..... 4 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 5 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 6 SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 7 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 8 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 12 POSTGRADO..... 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIA..... 15	NIVEL CURSO NINGUNO..... 1 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 3 SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO BÁSICO (1 A 5 AÑOS)..... 4 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 5 MEDIO (1 A 4 AÑOS)..... 6 SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)..... 7 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)..... 8 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 12 POSTGRADO..... 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIA..... 15
25	Actualmente, ¿(NOMBRE) se inscribió o matriculó en algún SI 1 curso o grado de educación escolar, alternativa, superior o postgrado? NO 2 (PASE A 29) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 29) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 29) ←	
26	¿A qué nivel y curso de educación escolar, alternativa, superior o postgrado se inscribió/matriculó (NOMBRE) este	NIVEL CURSO CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 3 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 12 POSTGRADO..... 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 15	NIVEL CURSO CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 3 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 12 POSTGRADO..... 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 15	NIVEL CURSO CURSO DE ALFABETIZACIÓN..... 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER)..... 3 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)..... 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)..... 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS)..... 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA..... 12 POSTGRADO..... 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)..... 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL..... 15
27	Actualmente, ¿(NOMBRE) asiste al nivel y curso al que se inscribió/matriculó este 2023?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
SECCIÓN III : SALUD		TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS
29	¿(NOMBRE) es beneficiario del SUS o está asegurado en una Caja de Salud o un seguro privado?	SUS..... A CAJAS DE SALUD..... B SEGURO PRIVADO..... C NO SABE..... F OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... G	SUS..... A CAJAS DE SALUD..... B SEGURO PRIVADO..... C NO SABE..... F OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... G	SUS..... A CAJAS DE SALUD..... B SEGURO PRIVADO..... C NO SABE..... F OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... G
30	¿El año pasado 2022, (NOMBRE) ha ido o le han llevado a algún médico tradicional/curandero/naturista, partera?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
31	¿El año pasado 2022, (NOMBRE) ha ido o le han llevado a algún establecimiento o servicio de salud?	SI 1 NO 2 (PASE A 33) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 33) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 33) ←
32	Su visita al establecimiento de salud, fue por: A ¿Control de salud/chequeo? B ¿Atención por enfermedad? C ¿Atención por accidente? D ¿Atención por algún tipo de violencia? E ¿Parto (vaginal o cesarea)? F ¿Información en salud?	SI NO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEO 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE 1 2 8 ATENCIÓN POR ALGUN TIPO DE VIOLENCIA 1 2 8 PARTO (VAGINAL O CESAREA) 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD 1 2 8	SI NO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEO 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE 1 2 8 ATENCIÓN POR ALGUN TIPO DE VIOLENCIA 1 2 8 PARTO (VAGINAL O CESAREA) 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD 1 2 8	SI NO NS CONTROL DE SALUD/CHEQUEO 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE 1 2 8 ATENCIÓN POR ALGUN TIPO DE VIOLENCIA 1 2 8 PARTO (VAGINAL O CESAREA) 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD 1 2 8
33	¿Tuv o (NOMBRE) algún problema de salud en los últimos tres meses?	SI 1 NC 2 NO SABE..... 8 (PASE A 41) ←	SI 1 NO 2 NO SABE..... 8 (PASE A 41) ←	SI 1 NO 2 NO SABE..... 8 (PASE A 41) ←

04	05	06	07
NOMBRE			
AÑOS CUMPLIDOS			
4 AÑOS O MÁS			
SI 1 NO 2			
SI 1 NO, NUNCA ASISTIÓ 2 PASE A 29.			
NIVEL CURSO			
NINGUNO 1 0 CURSO DE ALFABETIZACIÓN 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER) 3 SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO BÁSICO (1 A 5 AÑOS) 4 INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS) 5 MEDIO (1 A 4 AÑOS) 6 SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR PRIMARIA (1 A 8 AÑOS) 7 SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS) 8 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS) 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS) 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS) 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA 12 POSTGRADO 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS) 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIA 15			
SI 1 NO 2 (PASE A 29)			
NIVEL CURSO			
CURSO DE ALFABETIZACIÓN 2 EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER) 3 SISTEMA ESCOLAR ACTUAL PRIMARIA (1 A 6 AÑOS) 9 SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS) 10 EDUCACIÓN SUPERIOR NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS) 11 UNIVERSIDAD LICENCIATURA 12 POSTGRADO 13 TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS) 14 INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL 15			
SI 1 NO 2 (PASE A 29)			
SI 1 NO 2			
SUS. A CAJAS DE SALUD B SEGURO PRIVADO C NO SABE F OTRO: X (ESPECIFIQUE)			
SI 1 NO 2			
SI 1 NO 2 (PASE A 33)			
SI NO NS			
CONTROL DE SALUD/CHEQUEO 1 2 8 ATENCIÓN POR ENFERMEDAD 1 2 8 ATENCIÓN POR ACCIDENTE 1 2 8 ATENCIÓN POR ALGUN TIPO DE VIOLENCIA 1 2 8 PARTO (VAGINAL O CESÁREA) 1 2 8 INFORMACIÓN EN SALUD 1 2 8			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 41)			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 41)			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 41)			
SI 1 NO 2 NO SABE 8 (PASE A 41)			

	COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	01	02	03
		NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
		AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
34	El problema de salud que tuvo (NOMBRE) fue:	SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS
A	¿Diarrea?	DIARREA 1 2 8	DIARREA 1 2 8	DIARREA 1 2 8
B	¿Tos con respiración rápida y fiebre elevada?	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE EI 1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE EI 1 2 8	TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE EI 1 2 8
C	¿Tos por más de 15 días?	TOS POR MÁS DE 15 D 1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍ 1 2 8	TOS POR MÁS DE 15 DÍ 1 2 8
D	¿Accidente/trauma/caída?	ACCIDENTE/TRAUMA/CAÍ 1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAÍD 1 2 8	ACCIDENTE/TRAUMA/CAID 1 2 8
E	¿Heridas o golpes por agresión?	HERIDAS/ GOLPES POR AGRE 1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRE 1 2 8	HERIDAS/ GOLPES POR AGRE 1 2 8
F	¿Problemas en la piel?	PROBLEMAS EN LA PIE 1 2 8	PROBLEMAS EN LA PIEI 1 2 8	PROBLEMAS EN LA PIEI 1 2 8
G	¿Problemas de la vista?	PROBLEMAS DE LA VIS 1 2 8	PROBLEMAS DE LA VIS' 1 2 8	PROBLEMAS DE LA VIS' 1 2 8
H	¿Problemas del oído ?	PROBLEMAS DEL OÍD 1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO 1 2 8	PROBLEMAS DEL OÍDO 1 2 8
I	¿Alguna discapacidad física, mental o sensorial?	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA,MENTAL O SENSI 1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA,MENTAL O SENSO 1 2 8	ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA,MENTAL O SENSO 1 2 8
J	¿Problema odontológico?	PROBLEMA ODONTOLÓGICO 1 2 8	PROBLEMA ODONTOLÓGICO 1 2 8	PROBLEMA ODONTOLÓGICO 1 2 8
K	¿Malaria?	MALARIA 1 2 8	MALARIA 1 2 8	MALARIA 1 2 8
L	¿Dengue?	DENGUE 1 2 8	DENGUE 1 2 8	DENGUE 1 2 8
M	¿Chagas?	CHAGA 1 2 8	CHAGA 1 2 8	CHAGA 1 2 8
N	¿Leishmaniasis?	LEISHMANIASI 1 2 8	LEISHMANIASIS 1 2 8	LEISHMANIASIS 1 2 8
O	¿Patología (enfermedad) tradicional del lugar?	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR.... 1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR..... 1 2 8	PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR..... 1 2 8
P	¿Influenza?	INFLUENZA 1 2 8	INFLUENZA 1 2 8	INFLUENZA 1 2 8
Q	¿Tuberculosis?	TUBERCULOSIS 1 2 8	TUBERCULOSIS 1 2 8	TUBERCULOSIS 1 2 8
R	¿Cáncer?	CÁNCER 1 2 8	CÁNCER 1 2 8	CÁNCER 1 2 8
S	¿COVID-19	COVID-19 1 2 8	COVID-19 1 2 8	COVID-19 1 2 8
T	¿Ansiedad, depresión?	ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8	ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8	ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8
X	¿Otro problema? (Especifique)	OTRO PROBLEMA 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	OTRO PROBLEMA 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	OTRO PROBLEMA 1 2 8 (ESPECIFIQUE)
35	¿A dónde fue o llevaron a (NOMBRE) para atender este(os) problema(s) de salud?	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMILFFAA N SEGUO UNIVERSTARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS R PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE S VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA U MEDICINA TRADICIONAL V NO ACUDIÓ A NINGUN E.S.NO FUE..... X OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Z	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMILFFAA N SEGUO UNIVERSTARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS R PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE S VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA U MEDICINA TRADICIONAL V NO ACUDIÓ A NINGUN E.S.NO FUE..... X OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Z	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMILFFAA N SEGUO UNIVERSTARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL)..... Q OTROS R PROMOTOR DE LA SALUD/IRPS/OTRO AGENTE S VISITA DOMICILIARIA..... T FARMACIA U MEDICINA TRADICIONAL V NO ACUDIÓ A NINGUN E.S.NO FUE..... X OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Z
36		VERIFICAR 35. GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37. GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39. SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37. CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.	VERIFICAR 35. GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37. GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39. SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37. CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.	VERIFICAR 35. GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37. GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39. SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37. CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.
37	El personal de salud que le atiende a usted y/o su familia normalmente:	SI NO	SI NO	SI NO
A	¿Les atiende en su idioma?	LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2	LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2
B	¿Respeta sus costumbres?	RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2	RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2	RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2
C	¿Les pide permiso para realizar un procedimiento médico?	LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2	LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2	LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2
D	¿Les explica sobre el procedimiento médico que va a realizar?	LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2	LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2	LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2
E	¿Acepta que ustedes tengan un acompañante cuando están consultando?	ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2	ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2	ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2
F	¿Respeto la privacidad de ustedes?	RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2	RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2	RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2
G	¿Respeto su orientación sexual?	RESPECTA SU ORIENTACION SEXUAL 1 2	RESPECTA SU ORIENTACION SEXJAL 1 2	RESPECTA SU ORIENTACION SEXUAL 1 2
H	¿Recibe buen trato sin discriminación?	RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN. 1 2	RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN... 1 2	RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN... 1 2
I	¿Les brinda información en temas de salud?	LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SI 1 2	LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SAI 1 2	LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SAI 1 2
38		PASE A PREGUNTA 41	PASE A PREGUNTA 41	PASE A PREGUNTA 41
39	¿Por qué no fue o no llevaron a (NOMBRE) a un centro médico o servicio de salud?	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L NO EXISTE PERSONAL..... M OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L NO EXISTE PERSONAL..... M OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B PERSONAL POCO AMABLE..... C PERSONAL SIN EXPERENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L NO EXISTE PERSONAL..... M OTRA RAZÓN..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z
40	¿En los últimos tres meses usted recibió o compró medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 4

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
AÑOS CUMPLIDOS: <div></div>	AÑOS CUMPLIDOS: <div></div>	AÑOS CUMPLIDOS: <div></div>	AÑOS CUMPLIDOS: <div></div>
<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELI 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍ 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAID/ 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRES/ 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS EN LA PIEI 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VIS' 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.MENTAL O SENSO 1 2 8</div> <div>PROBLEMA ODONTOLÓGICO..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR 1 2 8</div> <div>INFLUENZA 1 2 8</div> <div>TUBERCULOSIS 1 2 8</div> <div>CÁNCER 1 2 8</div> <div>COVID-19 1 2 8</div> <div>ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELI 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍ 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAID/ 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRES/ 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS EN LA PIEI 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VIS' 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.MENTAL O SENSO 1 2 8</div> <div>PROBLEMA ODONTOLÓGICO..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR 1 2 8</div> <div>INFLUENZA 1 2 8</div> <div>TUBERCULOSIS 1 2 8</div> <div>CÁNCER 1 2 8</div> <div>COVID-19 1 2 8</div> <div>ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELI 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍ 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAID/ 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRES/ 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS EN LA PIEI 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VIS' 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.MENTAL O SENSO 1 2 8</div> <div>PROBLEMA ODONTOLÓGICO..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR 1 2 8</div> <div>INFLUENZA 1 2 8</div> <div>TUBERCULOSIS 1 2 8</div> <div>CÁNCER 1 2 8</div> <div>COVID-19 1 2 8</div> <div>ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	<div>SI NO NS</div> <div>DIARREA 1 2 8</div> <div>TOS CON RESPIR. RÁPIDA/FIEBRE ELI 1 2 8</div> <div>TOS POR MÁS DE 15 DÍ 1 2 8</div> <div>ACCIDENTE/TRAUMA/CAID/ 1 2 8</div> <div>HERIDAS/ GOLPES POR AGRES/ 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS EN LA PIEI 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DE LA VIS' 1 2 8</div> <div>PROBLEMAS DEL OÍDO 1 2 8</div> <div>ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA.MENTAL O SENSO 1 2 8</div> <div>PROBLEMA ODONTOLÓGICO..... 1 2 8</div> <div>MALARIA..... 1 2 8</div> <div>DENGUE..... 1 2 8</div> <div>CHAGAS 1 2 8</div> <div>LEISHMANIASIS 1 2 8</div> <div>PATOLOGÍA TRADICIONAL DEL LUGAR 1 2 8</div> <div>INFLUENZA 1 2 8</div> <div>TUBERCULOSIS 1 2 8</div> <div>CÁNCER 1 2 8</div> <div>COVID-19 1 2 8</div> <div>ANSIEDAD, DEPRESIÓN 1 2 8</div> <div>OTRO PROBLEMA 1 2 8</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>
<div>SUBSECTOR PÚBLICO</div> <div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div> <div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A</div> <div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B</div> <div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C</div> <div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D</div> <div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E</div> <div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F</div> <div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G</div> <div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div> <div>CAJA NACIONAL DE SALUD H</div> <div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA I</div> <div>CAJA PETROLERA J</div> <div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL K</div> <div>CORDES L</div> <div>CAJA DE CAMINOS M</div> <div>COSSMILFFAA N</div> <div>SEGURO UNIVERSITARIO O</div> <div>SUBSECTOR PRIVADO</div> <div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P</div> <div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q</div> <div>OTROS R</div> <div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE S</div> <div>VISITA DOMICILIARIA..... T</div> <div>FARMACIA U</div> <div>MEDICINA TRADICIONAL V</div> <div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE V</div> <div>OTRO LUGAR:..... X</div> <div>ESPECIFIQUE</div> <div>NO SABE Z</div>	<div>SUBSECTOR PÚBLICO</div> <div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div> <div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A</div> <div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B</div> <div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C</div> <div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D</div> <div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E</div> <div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F</div> <div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G</div> <div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div> <div>CAJA NACIONAL DE SALUD H</div> <div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA I</div> <div>CAJA PETROLERA J</div> <div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL K</div> <div>CORDES L</div> <div>CAJA DE CAMINOS M</div> <div>COSSMILFFAA N</div> <div>SEGURO UNIVERSITARIO O</div> <div>SUBSECTOR PRIVADO</div> <div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P</div> <div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q</div> <div>OTROS R</div> <div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE S</div> <div>VISITA DOMICILIARIA..... T</div> <div>FARMACIA U</div> <div>MEDICINA TRADICIONAL V</div> <div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE V</div> <div>OTRO LUGAR:..... X</div> <div>ESPECIFIQUE</div> <div>NO SABE Z</div>	<div>SUBSECTOR PÚBLICO</div> <div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div> <div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A</div> <div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B</div> <div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C</div> <div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D</div> <div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E</div> <div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F</div> <div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G</div> <div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div> <div>CAJA NACIONAL DE SALUD H</div> <div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA I</div> <div>CAJA PETROLERA J</div> <div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL K</div> <div>CORDES L</div> <div>CAJA DE CAMINOS M</div> <div>COSSMILFFAA N</div> <div>SEGURO UNIVERSITARIO O</div> <div>SUBSECTOR PRIVADO</div> <div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P</div> <div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q</div> <div>OTROS R</div> <div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE S</div> <div>VISITA DOMICILIARIA..... T</div> <div>FARMACIA U</div> <div>MEDICINA TRADICIONAL V</div> <div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE V</div> <div>OTRO LUGAR:..... X</div> <div>ESPECIFIQUE</div> <div>NO SABE Z</div>	<div>SUBSECTOR PÚBLICO</div> <div>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO:</div> <div>PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A</div> <div>CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B</div> <div>CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C</div> <div>CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D</div> <div>SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E</div> <div>TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F</div> <div>HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G</div> <div>SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO</div> <div>CAJA NACIONAL DE SALUD H</div> <div>CAJA DE LA BANCA PRIVADA I</div> <div>CAJA PETROLERA J</div> <div>CAJA DE LA BANCA ESTATAL K</div> <div>CORDES L</div> <div>CAJA DE CAMINOS M</div> <div>COSSMILFFAA N</div> <div>SEGURO UNIVERSITARIO O</div> <div>SUBSECTOR PRIVADO</div> <div>ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P</div> <div>ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q</div> <div>OTROS R</div> <div>PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE S</div> <div>VISITA DOMICILIARIA..... T</div> <div>FARMACIA U</div> <div>MEDICINA TRADICIONAL V</div> <div>NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE V</div> <div>OTRO LUGAR:..... X</div> <div>ESPECIFIQUE</div> <div>NO SABE Z</div>
<div>VERIFICAR 35.</div> <div>GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37.</div> <div>GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39.</div> <div>SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.</div>	<div>VERIFICAR 35.</div> <div>GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37.</div> <div>GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39.</div> <div>SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.</div>	<div>VERIFICAR 35.</div> <div>GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37.</div> <div>GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39.</div> <div>SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.</div>	<div>VERIFICAR 35.</div> <div>GRUPO 1, CÓDIGOS A,B,C,D,E,F,HASTA S ➡ PASE A 37.</div> <div>GRUPO 2, CÓDIGOS T, U, V, X ➡ PASE A 39.</div> <div>SI CÓDIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 ➡ PASE A 37.</div> <div>CÓDIGO Z MARCADO ➡ PASE A 41.</div>
<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2</div> <div>RESPECTA SU ORIENTACION SEXUAL 1 2</div> <div>RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN... 1 2</div> <div>LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SAI 1 2</div>	<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2</div> <div>RESPECTA SU ORIENTACION SEXUAL 1 2</div> <div>RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN... 1 2</div> <div>LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SAI 1 2</div>	<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2</div> <div>RESPECTA SU ORIENTACION SEXUAL 1 2</div> <div>RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN... 1 2</div> <div>LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SAI 1 2</div>	<div>SI NO</div> <div>LES ATIENDE EN SU IDIOMA..... 1 2</div> <div>RESPECTA SUS COSTUMBRES..... 1 2</div> <div>LES PIDE PERMISO PARA REALIZAR UN PROCEDIMIENTO MÉDICO..... 1 2</div> <div>LES EXPLICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE VA A REALIZAR..... 1 2</div> <div>ACEPTA QUE USTEDES TENGAN UN ACOMPAÑANTE CUANDO ESTAN CONSULTANDO..... 1 2</div> <div>RESPECTA LA PRIVACIDAD DE USTEDES..... 1 2</div> <div>RESPECTA SU ORIENTACION SEXUAL 1 2</div> <div>RECIBE BUEN TRATO SIN DISCRIMINACIÓN... 1 2</div> <div>LES BRINDA INFORMACIÓN EN TEMAS DE SAI 1 2</div>
<div>PASE A PREGUNTA 41</div>	<div>PASE A PREGUNTA 41</div>	<div>PASE A PREGUNTA 41</div>	<div>PASE A PREGUNTA 41</div>
<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>NO EXISTE PERSONAL M</div> <div>OTRA RAZÓN X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... Z</div>	<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>NO EXISTE PERSONAL M</div> <div>OTRA RAZÓN X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... Z</div>	<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>NO EXISTE PERSONAL M</div> <div>OTRA RAZÓN X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... Z</div>	<div>HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A</div> <div>NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓMODO..... B</div> <div>PERSONAL POCO AMABLE..... C</div> <div>PERSONAL SIN EXPERIENCIA/..... D</div> <div>NO SE ENCUENTRA AL PERSONAL..... E</div> <div>NO ES LIMPIO..... F</div> <div>QUEDA MUY LEJOS..... G</div> <div>NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H</div> <div>HORARIO DE ATENCIÓN INADECUADO..... I</div> <div>NO TENIA DINERO..... J</div> <div>NO CONOCE EL CENTRO DE SALUD..... K</div> <div>NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOMA..... L</div> <div>NO EXISTE PERSONAL M</div> <div>OTRA RAZÓN X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... Z</div>
<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>	<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>	<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>	<div>CON RECETA MEDICA..... 1</div> <div>SIN RECETA MEDICA..... 2</div> <div>NO..... 3</div> <div>NO SABE / NO RECUERDA..... 4</div>

		<div>01</div> <div></div> <div>NOMBRE</div> <div></div> <div>AÑOS CUMPLIDOS.....<div><div></div><div></div></div></div>	<div>02</div> <div></div> <div>NOMBRE</div> <div></div> <div>AÑOS CUMPLIDOS.....<div><div></div><div></div></div></div>	<div>03</div> <div></div> <div>NOMBRE</div> <div></div> <div>AÑOS CUMPLIDOS.....<div><div></div><div></div></div></div>
	COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3			
	SECCIÓN III - A: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	12 AÑOS Y MÁS	12 AÑOS Y MÁS	12 AÑOS Y MÁS
41	¿Tiene (NOMBRE) algún problema de salud, herida o una enfermedad crónica diagnosticada en los últimos doce meses?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 46) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 46) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 46) ←
42	El problema de salud que tiene (NOMBRE) es: A ¿Diabetes? B ¿Obesidad? C ¿Hipertensión arterial? (presión alta) D ¿Cáncer? E ¿Enfermedad del corazón o vasos sanguíneos? F ¿Enfermedad respiratoria crónica? G ¿Enfermedad renal? H ¿Enfermedad bucodental? X ¿Otro? (Especifique)	SI NO NS DIABETES 1 2 8 OBESIDAD 1 2 8 HIPERTENSION ARTEF 1 2 8 CANCER 1 2 8 ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGU 1 2 8 ENF. RESPIRATORIAS CRÓNII 1 2 8 ENFERMEDAD RENAL 1 2 8 ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8 OTRO 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS DIABETES 1 2 8 OBESIDAD 1 2 8 HIPERTENSION ARTERI 1 2 8 CANCER 1 2 8 ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUII 1 2 8 ENF. RESPIRATORIAS CRÓNIC 1 2 8 ENFERMEDAD RENAL 1 2 8 ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8 OTRO 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI NO NS DIABETES 1 2 8 OBESIDAD 1 2 8 HIPERTENSION ARTERI 1 2 8 CANCER 1 2 8 ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUII 1 2 8 ENF. RESPIRATORIAS CRÓNIC 1 2 8 ENFERMEDAD RENAL 1 2 8 ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8 OTRO 1 2 8 (ESPECIFIQUE)
43	¿Dónde fue atendido (NOMBRE) por este(os) problema(s) de salud? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SUBSECTOR PUBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S.NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Z	SUBSECTOR PUBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S.NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Z	SUBSECTOR PUBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMILFFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S.NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Z
44		VERIFICAR 43. GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z → 46 GRUPO 2, CódIGOS T, U, V, X → 45 SI CódIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 → 46	VERIFICAR 43. GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z → 46 GRUPO 2, CódIGOS T, U, V, X → 45 SI CódIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 → 46	VERIFICAR 43. GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z → 46 GRUPO 2, CódIGOS T, U, V, X → 45 SI CódIGOS MARCADOS EN GRUPO 1 Y 2 → 46
45	¿Por qué no fue o no llevaron a (NOMBRE) a un centro médico o servicio de salud? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓ B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AM C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERS..... E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECI I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALI K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIO L OTRA RAZÓN X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓM B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMA C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSO E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECU I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALU K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOM L OTRA RAZÓN X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓM B CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMA C CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D NO SE ENCUENTRA AL PERSO E NO ES LIMPIO..... F QUEDA MUY LEJOS..... G NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H HORARIO DE ATENCIÓN INADECU I NO TENIA DINERO..... J NO CONOCE EL CENTRO DE SALU K NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOM L OTRA RAZÓN X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z
	SECCIÓN III - B: SISTEMA ÚNICO DE SALUD	12 AÑOS O MÁS	12 AÑOS O MÁS	12 AÑOS O MÁS
46	¿Sabía (NOMBRE) que el Sistema Único de Salud (SUS) pe SI..... atención gratuita a toda la población?	NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
12 AÑOS Y MÁS	12 AÑOS Y MÁS	12 AÑOS Y MÁS	12 AÑOS Y MÁS
SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1
NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2
(PASE A 46)	(PASE A 46)	(PASE A 46)	(PASE A 46)
SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS	SI NO NS
DIABETES 1 2 8	DIABETES 1 2 8	DIABETES 1 2 8	DIABETES 1 2 8
OBESIDAD 1 2 8	OBESIDAD 1 2 8	OBESIDAD 1 2 8	OBESIDAD 1 2 8
HIPERTENSION ARTERI..... 1 2 8	HIPERTENSION ARTERI..... 1 2 8	HIPERTENSION ARTERI..... 1 2 8	HIPERTENSION ARTERI..... 1 2 8
CANCER 1 2 8	CANCER 1 2 8	CANCER 1 2 8	CANCER 1 2 8
ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUI..... 1 2 8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUI..... 1 2 8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUI..... 1 2 8	ENF.DEL CORAZÓN O VASOS SANGUI..... 1 2 8
ENF. RESPIRATORIAS CRÓNIC..... 1 2 8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNIC..... 1 2 8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNIC..... 1 2 8	ENF. RESPIRATORIAS CRÓNIC..... 1 2 8
ENFERMEDAD RENAL..... 1 2 8	ENFERMEDAD RENAL..... 1 2 8	ENFERMEDAD RENAL..... 1 2 8	ENFERMEDAD RENAL..... 1 2 8
ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8	ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8	ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8	ENFERMEDAD BUCODENTAL..... 1 2 8
OTRO 1 2 8	OTRO 1 2 8	OTRO 1 2 8	OTRO 1 2 8
(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)
SUBSECTOR PUBLICO	SUBSECTOR PUBLICO	SUBSECTOR PUBLICO	SUBSECTOR PUBLICO
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO:
PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A	PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A	PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A	PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A
CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B	CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B	CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B	CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B
CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C	CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C	CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C	CENTRO DE SALUD CON INTERNACION.. C
CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D	CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D	CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D	CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D
SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E	SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E	SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E	SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E
TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F	TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F	TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F	TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F
HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G	HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G	HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G	HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G
SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO	SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO	SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO	SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO
CAJA NACIONAL DE SALUD H	CAJA NACIONAL DE SALUD H	CAJA NACIONAL DE SALUD H	CAJA NACIONAL DE SALUD H
CAJA DE LA BANCA PRIVADA I	CAJA DE LA BANCA PRIVADA I	CAJA DE LA BANCA PRIVADA I	CAJA DE LA BANCA PRIVADA I
CAJA PETROLERA..... J	CAJA PETROLERA..... J	CAJA PETROLERA..... J	CAJA PETROLERA..... J
CAJA DE LA BANCA ESTATAL K	CAJA DE LA BANCA ESTATAL K	CAJA DE LA BANCA ESTATAL K	CAJA DE LA BANCA ESTATAL K
CORDES..... L	CORDES..... L	CORDES..... L	CORDES..... L
CAJA DE CAMINOS..... M	CAJA DE CAMINOS..... M	CAJA DE CAMINOS..... M	CAJA DE CAMINOS..... M
COSSMILFFAA..... N	COSSMILFFAA..... N	COSSMILFFAA..... N	COSSMILFFAA..... N
SEGURO UNIVERSITARIO O	SEGURO UNIVERSITARIO O	SEGURO UNIVERSITARIO O	SEGURO UNIVERSITARIO O
SUBSECTOR PRIVADO	SUBSECTOR PRIVADO	SUBSECTOR PRIVADO	SUBSECTOR PRIVADO
ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P	ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P	ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P	ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P
ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q	ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q	ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q	ONGIGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R	PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R	PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R	PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R
VISITA DOMICILIARIA..... S	VISITA DOMICILIARIA..... S	VISITA DOMICILIARIA..... S	VISITA DOMICILIARIA..... S
FARMACIA..... T	FARMACIA..... T	FARMACIA..... T	FARMACIA..... T
MEDICINA TRADICIONAL..... U	MEDICINA TRADICIONAL..... U	MEDICINA TRADICIONAL..... U	MEDICINA TRADICIONAL..... U
NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V	NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V	NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V	NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V
OTRO LUGAR:..... X	OTRO LUGAR:..... X	OTRO LUGAR:..... X	OTRO LUGAR:..... X
ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE
NO SABE Z	NO SABE Z	NO SABE Z	NO SABE Z
VERIFICAR 43.	VERIFICAR 43.	VERIFICAR 43.	VERIFICAR 43.
GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z ➡ 46	GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z ➡ 46	GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z ➡ 46	GRUPO 1, Cód A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,Z ➡ 46
GRUPO 2, Códigos T, U, V, X ➡ 45	GRUPO 2, Códigos T, U, V, X ➡ 45	GRUPO 2, Códigos T, U, V, X ➡ 45	GRUPO 2, Códigos T, U, V, X ➡ 45
SI Códigos Marcados en Grupo 1 Y 2 ➡ 46	SI Códigos Marcados en Grupo 1 Y 2 ➡ 46	SI Códigos Marcados en Grupo 1 Y 2 ➡ 46	SI Códigos Marcados en Grupo 1 Y 2 ➡ 46
HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A	HAY QUE ESPERAR MUCHO..... A
NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓM B	NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓM B	NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓM B	NO HAY DÓNDE ESPERAR/ INCÓM B
CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMA..... C	CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMA..... C	CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMA..... C	CONSIDERA AL PERSONAL POCO AMA..... C
CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D	CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D	CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D	CONSIDERA PERSONAL SIN EXPERIENCIA/ NO CAPACITADO..... D
NO SE ENCUENTRA AL PERSO..... E	NO SE ENCUENTRA AL PERSO..... E	NO SE ENCUENTRA AL PERSO..... E	NO SE ENCUENTRA AL PERSO..... E
NO ES LIMPIO..... F	NO ES LIMPIO..... F	NO ES LIMPIO..... F	NO ES LIMPIO..... F
QUEDA MUY LEJOS..... G	QUEDA MUY LEJOS..... G	QUEDA MUY LEJOS..... G	QUEDA MUY LEJOS..... G
NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H	NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H	NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H	NO ABREN TODOS LOS DÍAS..... H
HORARIO DE ATENCIÓN INADECU..... I	HORARIO DE ATENCIÓN INADECU..... I	HORARIO DE ATENCIÓN INADECU..... I	HORARIO DE ATENCIÓN INADECU..... I
NO TENIA DINERO..... J	NO TENIA DINERO..... J	NO TENIA DINERO..... J	NO TENIA DINERO..... J
NO CONOCE EL CENTRO DE SALU..... K	NO CONOCE EL CENTRO DE SALU..... K	NO CONOCE EL CENTRO DE SALU..... K	NO CONOCE EL CENTRO DE SALU..... K
NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOM..... L	NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOM..... L	NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOM..... L	NO ATIENDEN EN NUESTRO IDIOM..... L
OTRA RAZÓN..... X	OTRA RAZÓN..... X	OTRA RAZÓN..... X	OTRA RAZÓN..... X
(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)
NO SABE..... Z	NO SABE..... Z	NO SABE..... Z	NO SABE..... Z
12 AÑOS O MÁS	12 AÑOS O MÁS	12 AÑOS O MÁS	12 AÑOS O MÁS
SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1	SI..... 1
NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2	NO..... 2

	COPIE EL NOMBRE Y EDAD DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3	<div>01</div> <div>NOMBRE</div> <div>AÑOS CUMPLIDOS.....</div>	<div>02</div> <div>NOMBRE</div> <div>AÑOS CUMPLIDOS.....</div>	<div>03</div> <div>NOMBRE</div> <div>AÑOS CUMPLIDOS.....</div>
47	¿(NOMBRE) sabe que para recibir atención del SUS, (que SI..... 1 de una urgencia o emergencia) debe acudir en primera instancia al establecimiento público de primer nivel más cercano a su domicilio? NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
48	¿(NOMBRE)sabe que a través del Servicio de Telesalud puede SI..... 1 recibir atención médica domiciliaria a través de la teleconsulta mediante el uso de las TIC's, de manera gratuita? NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
SECCIÓN III - C: ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS		TODOS LOS MIEMBROS
49	A continuación le haré algunas preguntas para saber si en su hogar vive alguna persona con alguna dificultad permanente que le limite o impida realizar algunas actividades.	<div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div> <div>A ¿(NOMBRE) Tiene dificultad permanente para ver, incluso cuando usa lentes? PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4</div> <div>B ¿(NOMBRE) Tiene dificultad permanente para oír, incluso cuando usa audífonos? PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDÍFONOS..... 1 2 3 4</div> <div>C ¿(NOMBRE) Tiene dificultad permanente para caminar o subir gradas? PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4</div> <div>D ¿(NOMBRE) Tiene dificultad permanente para aprender, recordar y concentrarse? PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4</div> <div>E ¿(NOMBRE) Tiene dificultad permanente para cuidarse, bañarse, vestirse y comer por sí mismo? PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4</div> <div>F ¿(NOMBRE) Tiene dificultad permanente para comunicarse o conversar? PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div>	<div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div> <div>A PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4</div> <div>B PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDÍFONOS..... 1 2 3 4</div> <div>C PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4</div> <div>D PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4</div> <div>E PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4</div> <div>F PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div>	<div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div> <div>A PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4</div> <div>B PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDÍFONOS..... 1 2 3 4</div> <div>C PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4</div> <div>D PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4</div> <div>E PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4</div> <div>F PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div>
50	VERIFICAR 49:	SI ALGUNA RESPUESTA COD 2, 3 O 4. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A	SI ALGUNA RESPUESTA COD 2, 3 O 4. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A	SI ALGUNA RESPUESTA COD 2, 3 O 4. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A
51	¿(NOMBRE) Tiene Carnet de Discapacidad o afiliación al Instituto Boliviano de la Ceguera? SI "SI". SOLICITE Y REGISTRE LA FECHA DEL CARNET, TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %
52	¿Recibió algún tipo de rehabilitación en los últimos tres meses? SI..... 1 NO..... 2 55	SI..... 1 NO..... 2 55	SI..... 1 NO..... 2 55	SI..... 1 NO..... 2 55
53	¿Esta rehabilitación la recibió en su hogar o en un centro de rehabilitación?	HOGAR..... 1 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2	HOGAR..... 1 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2	HOGAR..... 1 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2
54	En qué institución realizó su rehabilitación	SUB SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE	SUB SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE	SUB SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE
55	¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica para su deficiencia o discapacidad?	SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTES..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... Z	SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTES..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... Y	SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTES..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... Y
56	VERIFICAR SI ENTREVISTADA TIENE 60 AÑOS O MÁS 60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS	60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS	60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS	60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS
56A	¿Cuántas veces recibe o recibió el Alimento Complementario Carmelo en un año?	Número de veces	Número de veces	Número de veces
57	¿Consumo o consumió el Alimento Complementario Carmelo?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
58	¿Conoce la correcta preparación del Alimento Complementario Carmelo?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
59	¿Considera que el Alimento Complementario Carmelo contribuye a su salud y nutrición?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
59A		PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60	PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60	PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60

04	05	06	07
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....	AÑOS CUMPLIDOS.....
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS	TODOS LOS MIEMBROS
<div><div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div><div>PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4 PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDIFONOS..... 1 2 3 4 PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4 PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4 PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4 PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div></div>	<div><div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div><div>PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4 PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDIFONOS..... 1 2 3 4 PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4 PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4 PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4 PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div></div>	<div><div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div><div>PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4 PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDIFONOS..... 1 2 3 4 PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4 PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4 PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4 PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div></div>	<div><div>Ninguna Algo Mucha Total dificultad</div><div>PARA VER, INCLUSO CUANDO USA LENTES..... 1 2 3 4 PARA OIR, INCLUSO CUANDO USA AUDIFONOS..... 1 2 3 4 PARA CAMINAR O SUBIR GRADAS..... 1 2 3 4 PARA APRENDER, RECORDAR Y CONCENTRARSE 1 2 3 4 PARA CUIDARSE, BAÑARSE, VESTIRSE Y COMER.. 1 2 3 4 PARA COMUNICARSE O CONVERSAR..... 1 2 3 4</div></div>
SI ALGUNA RESPUESTA COD 1,2 O 3. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A	SI ALGUNA RESPUESTA COD 1,2 O 3. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A	SI ALGUNA RESPUESTA COD 1,2 O 3. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A	SI ALGUNA RESPUESTA COD 1,2 O 3. TODAS LAS OPCIONES "NINGUNA" PASE 59A
SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 52 FECHA: DÍA MES AÑO (TIPO DE DISCAPACIDAD) GRADO %
SI..... 1 NO..... 2 ➡ 55	SI..... 1 NO..... 2 ➡ 55	SI..... 1 NO..... 2 ➡ 55	SI..... 1 NO..... 2 ➡ 55
HOGAR..... 1 ➡ 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2	HOGAR..... 1 ➡ 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2	HOGAR..... 1 ➡ 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2	HOGAR..... 1 ➡ 55 CENTRO DE REHABILITACION..... 2
SUD SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE	SUD SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE	SUD SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE	SUD SECTOR PUBLICO..... 1 SUB SECTOR PRIVADO..... 2 SUB SECTOR SEGURIDAD SOCIAL..... 3 OTRO..... 4 ESPECIFIQUE
SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTEs..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... H	SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTEs..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... Y	SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTEs..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... Y	SILLA DE RUEDAS..... A ANDADORES..... B MULETAS..... C BASTON BLANCO..... D LENTEs..... E AUDIFONOS..... F OTRO..... X ESPECIFIQUE NO UTILIZA..... Y
60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS ➡ 60	60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS ➡ 60	60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS ➡ 60	60 AÑOS O MÁS MENOR A 60 AÑOS ➡ 60
Número de veces	Número de veces	Número de veces	Número de veces
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60	PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60	PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60	PASE A SIGUIENTE PERSONA SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A 60

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
60	¿ La vivienda es?	CASA 1 CHOZA/ PAHUICHI 2 DEPARTAMENTO 3 CUARTO(S) O HABITACIO(ES) SUELTA(AS) 4 VIVIENDA IMPROVISADA O VIVIENDA MOVIL 5 LOCAL NO DESTINADO PARA HABITACION 6	
61	¿ La vivienda que ocupa el hogar es? ¿Alquilada? ¿Propia totalmente pagada? ¿Propia la están pagando? ¿Anticrético? ¿Cedida por servicios? ¿Prestada por parientes o amigos? ¿Otro? (Especifique)	ALQUILADA 1 PROPIA TOTALMENTE PAGADA 2 PROPIA LA ESTAN PAGANDO 3 ANTICRETICO 4 CEDIDA POR SERVICIOS 5 PRESTADA POR PARIENTES O AMIGOS 6 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
62	¿Cuál es el material de construcción más utilizado en las paredes de esta vivienda?	LADRILLO/ BLOQUE DE CEMENTO/ HORMIGÓN..... 1 ADOBE/ TAPIAL 2 TABIQUE/ QUINCHE..... 3 PIEDRA..... 4 MADERA..... 5 CAÑA/ PALMA/ TRONCO..... 6 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
63	¿ Las paredes interiores de esta vivienda tienen revoque?	SI..... 1 NO..... 2	
64	¿Cuál es el material más utilizado en los techos de esta vivienda?	CALAMINA O PLANCHA..... 1 TEJA (CEMENTO/ ARCILLA/ FIBROCEMENTO)..... 2 LOSA DE HORMIGÓN ARMADO..... 3 PAJA/ CAÑA/ PALMA/ BARRO. 4 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
65	¿Cuál es el material más utilizado en los pisos de esta vivienda?	TIERRA..... 1 TABLÓN DE MADERA..... 2 MACHIHEMBRE / PARQUET..... 3 PISO FLOTANTE 4 ALFOMBRA/ TAPIZÓN..... 5 CEMENTO..... 6 MOSAICO / BALDOSAS / CERÁMICA..... 7 LADRILLO..... 8 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
66	¿ Usa energía eléctrica para alumbrar esta vivienda?	SI..... 1 NO 2	
67	¿Principalmente el agua para beber y cocinar, proviene de... Cañería de red dentro de la vivienda? Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno? Pileta pública? Cosecha de agua de lluvia? Pozo perforado o entubado, con bomba? Pozo excavado cubierto, con bomba? Pozo excavado cubierto, sin bomba? Pozo excavado no cubierto? Manantial o Vertiente protegida? Río/Acequia/Vertiente no protegida? Agua embotellada? Carro repartidor (Aguatero)? Otro? (Especifique)	CAÑERÍA DE RED DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1 CAÑERÍA DE RED FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL LOTE O TERRENO..... 2 PILETA PÚBLICA..... 3 COSECHA DE AGUA DE LLUVIA..... 4 POZO PERFORADO O ENTUBADO, CON BOMBA..... 5 POZO EXCAVADO CUBIERTO, CON BOMBA..... 6 POZO EXCAVADO CUBIERTO, SIN BOMBA..... 7 POZO EXCAVADO NO CUBIERTO..... 8 MANANTIAL O VERTIENTE PROTEGIDA..... 9 RÍO/ACEQUIA/VERTIENTE NO PROTEGIDA..... 10 AGUA EMBOTELLADA..... 11 CARRO REPARTIDOR (AGUATERO)..... 12 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	<div>71</div> <div>72</div>
68	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver (desde su hogar)?	MINUTOS..... <div></div> <div></div> <div></div> EN EL SITIO..... 996	
12			

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
69	¿Usted hace algún tratamiento al agua para beber?	SI 1 NO LA TRATA .. 2 NO SABE 8	71
70	¿Generalmente en qué consiste ese tratamiento? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	HIERVE A LA CLORAN (LAVANDINA).. B FILTRA CON TELA C USA FILTRO (CERÁMICA/ARENA/OTRO) D LA PURIFICAN CON LUZ SOLAR E LA DEJA REPOSAR F LA CUELAN G OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
71	¿Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha estado disponible el agua de esta fuente?	TODO EL TIEMPO 1 UNAS POCAS HORAS DIARIAS 2 ALGUNOS DÍAS A LA SEMANA 3 MENOS FRECUENTEMENTE .. 4 NO SABE 8	
72	¿Tiene baño, servicio sanitario o letrina?	SI 1 NO 2	76
73	¿Qué tipo de baño, servicio sanitario o letrina utilizan normalmente los miembros de su hogar? Baño o letrina con descarga de agua Letrina de pozo ciego con piso Pozo abierto (pozo ciego sin piso) Baño ecológico (seco o de compostaje) Ninguno (arbusto/campo)	BAÑO O LETRINA CON DESCARGA DE AGUA..... 1 LETRINA DE POZO CIEGO CON PISO..... 2 POZO ABIERTO (POZO CIEGO SIN PISO)..... 3 BAÑO ECOLÓGICO (SECO O DE COMPOSTAJE)..... 4 NINGUNO (ARBUSTO/CAMPO)..... 8	75 76
74	¿El baño, servicio sanitario o letrina tiene desague..... A la red de alcantarillado? A una cámara séptica? A un pozo ciego/absorción? A la superficie (calle/quebrada/río)?. No sabe?	A LA RED DE ALCANTARILLADO..... 1 A UNA CÁMARA SÉPTICA..... 2 A UN POZO CIEGO/ABSORCIÓN..... 3 A LA SUPERFICIE (CALLE/QUEBRADA/RÍO)..... 4 NO SABE..... 5	
75	¿El baño, servicio sanitario o letrina es usado sólo por su hogar o es compartido con otros hogares?	USADO SOLO POR SU HOGAR..... 1 COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	
76	Principalmente ¿qué tipo de combustible o energía utiliza para cocinar/ preparar sus alimentos?	LEÑA..... 1 GUANO / BOSTA O TAQUIA... 2 GAS LICUADO (GARRAFA) 3 GAS NATURAL POR RED (CAÑERÍA)..... 4 ELECTRICIDAD..... 5 NO COCINA..... 6 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
77	¿Tiene un cuarto sólo para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
78	¿Cuántos cuartos o habitaciones ocupa los miembros de su hogar, sin contar baño, cocina, lavandería, garage, depósito o negocio?	NÚMERO DE HABITACIONES <input type="text"/>	
79	De estos cuartos o habitaciones, ¿cuántos usan exclusivamente para dormir?	NÚMERO DE DORMITORIOS : <input type="text"/>	
80	¿Conviven con animales en el interior de la vivienda? Si la respuesta es positiva, preguntar ¿Qué animales? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	CON PERROS .. A CON GATOS B CON CONEJOS/CUISES C CON GALLINAS..... D CON OTROS ANIMALES X (ESPECIFIQUE) NO TIENE ANIMALES..... Y	

PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORIAS Y CÓDIGOS		PASE A
81	Tiene en su hogar:		SI NO	
	EQUIPOS			
A	¿Radio ?	RADIO	1 2	
B	¿Televisor?	TELEVISOR.....	1 2	
C	¿Equipo de música?	EQUIPO DE MÚSICA.....	1 2	
D	¿Refrigerador?	REFRIGERADOR.....	1 2	
E	¿Cocina?	COCINA.....	1 2	
F	¿Computadora, laptop o PC?	COMPUTADORA,LAPTOP O PC....	1 2	
G	¿Lavadora de ropa?	LAVADORA DE ROPA.....	1 2	
H	¿Calefón o termo tanque?	CALEFÓN O TERMO TANQUE.....	1 2	
I	¿Microondas?	MICROONDAS.....	1 2	
	SERVICIOS			
J	¿Teléfono fijo?	TELÉFONO FIJO.....	1 2	
K	¿Teléfono celular?	TELÉFONO CELULAR.....	1 2	
L	¿Internet en el hogar?	INTERNET EN EL HOGAR.....	1 2	
M	¿Televisión por cable?	TELEVISIÓN POR CABLE.....	1 2	
	MEDIOS DE TRANSPORTE			
N	¿Bicicleta?	BICICLETA.....	1 2	
O	¿Motocicleta o cuadratrac?	MOTOCICLETA O CUADRATRAC..	1 2	
P	¿Vehículo automotor?	VEHÍCULO AUTOMOTOR.....	1 2	
X	¿Otro? (Especifique)	OTRO	1 2	
		(ESPECIFIQUE)		
82	Usted clasifica por el tipo de basura (Plastico, papel, vidrio. etc.)	SI	1	
		NO	2	
83	¿Habitualmente qué hace con la basura que genera el hogar?	LA DEPOSITAN EN EL BASURERO PÚBLICO O CONTENEDOR.....	1	
		UTILIZAN EL SERVICIO PÚBLICO DE RECOLECCIÓN (CARRO BASURERO).....	2	
		LA BOTAN EN UN TERRENO BALDÍO O EN LA CALLE.....	3	
		LA BOTAN AL RÍO.....	4	
		LA QUEMAN.....	5	
		LA ENTIERRAN.....	6	
		OTRA FORMA.....	96	
		(ESPECIFIQUE)		
HÁBITOS SALUDABLES				
84	POR OBSERVACIÓN: ¿Me podría mostrar el lugar dónde los miembros de su hogar se lavan más frecuentemente las manos?	OBSERVADO.....	1	
		NO OBSERVADO.....	2	→ 86
85	VERIFICAR SI CUENTA CON:		SI NO	
A	Agua limpia	AGUA LIMPIA.....	1 2	
B	Jabón (en barra, líquido, polvo)	JABÓN (EN BARRA, LÍQUIDO, POLVO)	1 2	
C	Toalla limpia	TOALLA LIMPIA.....	1 2	
D	Ninguno	NINGUNO.....	1 2	
86	¿Añade sal extra a la comida ya servida (sopa o segundo)?	SI.....	1	
		NO.....	2	
87	ANOTE LA HORA DE FIN DE CUESTIONARIO	HORA	<input type="text"/>	
		MINUTOS	<input type="text"/>	

FOLIO--

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR

SECCIÓN V: SAL YODADA, PESO Y TALLA DE MUJERES, HOMBRES Y NIÑAS/OS

88

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

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

SAL EN BOLSAS CON SELLO..... 1

(ESPECIFIQUE MARCA)

SAL EN BOLSAS SIN SELLO..... 2

(ESPECIFIQUE MARCA)

SAL EN BLOQUE..... 3

SAL GRANULADA..... 4

NINGUNA SAL..... 5

OTRA..... 6

(ESPECIFIQUE)

89

POSITIVO..... 1

(COLOR MORADO)

NEGATIVO..... 2

(NO CAMBIA DE COLOR)

90

90

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 4 y 14: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LAS MUJERES DE 6 A 59 AÑOS

PREGUNTAS 91 A 94 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

91

92

93

94

No. DE ORDEN

NOMBRE

EDAD

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

DÍA

MES

AÑO

PESO Y TALLA DE MUJERES DE 6 A 59 AÑOS

95

96

97

98

PESO (KILOGRAMOS)

TALLA (CENTÍMETROS)

PERIMETRO DE CINTURA (CENTÍMETROS)

RESULTADO:
1 MEDIDA
2 NO PRESENTE
3 RECHAZO
6 OTRO

PREGUNTAS 99 A 102 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 4 y 15: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE LOS HOMBRES DE 6 a 59 AÑOS

99

100

101

##

No. DE ORDEN

NOMBRE

EDAD

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

DÍA

MES

AÑO

PESO Y TALLA DE HOMBRE DE 6 A 59 AÑOS

##

##

##

106

PESO (KILOGRAMOS)

TALLA (CENTÍMETROS)

PERIMETRO DE CINTURA (CENTÍMETROS)

RESULTADO:
1 MEDIDA
2 NO PRESENTE
3 RECHAZO
6 OTRO

107

REVISE LAS PREGUNTAS 1, 2, 4 y 16: REGISTRE EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD DE TODAS/OS LAS/OS NIÑAS/OS MENORES DE SEIS AÑOS

PREGUNTAS 108 A 111 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

108

109

110

##

No. DE ORDEN

NOMBRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO

EDAD DE LA NIÑA O DEL NIÑO

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

AÑOS

DÍA

MES

AÑO

PESO Y TALLA DE NIÑAS/OS MENORES DE 6 AÑOS

##

##

##

115

116

PESO (KILOGRAMOS)

TALLA (CENTÍMETROS)

MEDIDO ACOSTADO (<2 AÑOS)
MEDIDO DE PIE: (DE 2 AÑOS Y MÁS)

PERIMETRO CEFÁLICO (CM)

RESULTADO:
1 MEDIDO
2 NO PRESENTE
3 RECHAZO
6 OTRO

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDió

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ASISTENTE

OBSERVACIONES

15

IDENTIFICACIÓN

FOLIO

-

-

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR

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

PREGUNTAS 117 Y 118 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

117

118

REVISÉ LAS PREG. 1,2,4 Y 14:
NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE
REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR

LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE*

CIRCULE CÓDIGO

OTORGADO

RECHAZO

1

2

PRÓXIMA MUJER

PRÓXIMA MUJER

NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)

ACTUALMENTE EMBARAZADA

SI

NO/NS

1

2

RESULTADO

1 SE MIDIO

2 NO PRESENTE

3 RECHAZO

6 OTRO RESUL.

123

VERIFICAR LAS PREGUNTAS 1, 2,16,18 Y 20: REGISTRAR EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y EL NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE O MADRE DE TODOS LAS/OS NIÑAS/OS MENORES DE SEIS AÑOS

PREGUNTAS 124 Y 125 DEBERÁ LLENAR LA ENTREVISTADORA

124

125

REVISÉ LAS PREG. 1, 2, 4 y 16
NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. DE ORDEN
NOMBRE

NRO. ORDEN DEL PADRE O MADRE
REGISTRE '00' SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR

LEA EL CONSENTIMIENTO A LA MUJER O AL ADULTO RESPONSABLE*

CIRCULE CÓDIGO

OTORGADO

RECHAZO

1

2

PRÓXIMO NIÑO(A)

PRÓXIMO NIÑO(A)

NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)

RESULTADO

1 SE MIDIO

2 NO PRESENTE

3 RECHAZO

6 OTRO RESUL.

* CONSENTIMIENTO

Dado que la anemia es un serio problema de salud en Bolivia, como parte de esta encuesta, estamos estudiando la anemia entre mujeres y niñas/os. Para diagnosticar si existe la presencia de anemia en su niño o niña, se le tomará una muestra de una o dos gotas de sangre de uno o dos dedos de la mano. Este procedimiento consiste en pincharles el dedo con una lanceta (aguja) para la extracción de las gotas de sangre. Utilizamos instrumentos estériles y desechables, que son limpios y completamente seguros. La sangre será analizada y se le darán a conocer los resultados inmediatamente. Mismos que serán absolutamente confidenciales.

Por lo tanto, yoautorizo la toma de esta prueba para.....

Firma

16

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista individual)

[illegible][illegible]

Fecha: _____

[illegible]

Fecha: _____