



REPUBLICA DE EL SALVADOR  
MINISTERIO DE ECONOMÍA



ENCUESTA NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
**2015**

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTA ENCUESTA SON CONFIDENCIALES,  
ESTÁ AMPARADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO No. 1784  
LEY ORGÁNICA DEL SERVICIO ESTADÍSTICO NACIONAL

IDENTIFICACION MUESTRAL

ENTREVISTA Y SUPERVISION

ORDEN DE LA VISITA	ENCUESTADOR(A)				VERIFICACIÓN Y REENTREVISTA DEL SUPERVISOR(A)			
	FECHA	PRÓXIMA VISITA		CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)
		FECHA	HORA					
Primera								
Segunda								
Tercera								
Cuarta								

**RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA**

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA VISITA		
TIPO A	TIPO B	TIPO C
1. COMPLETA	5. DESOCUPADA	7. OTROS _____ (Especifique)
2. AUSENTE TEMPORAL (P)	6. VACANTE USADA TEMPORALMENTE PARA NEGOCIO O ALMACENAJE	
3. REHUSO		
4. OTROS		

Fecha	
Resultado	←

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

NUMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE

NUMERO DE ORDEN DEL INFORMANTE DE SECCIÓN 2 (MADRE O CUIDADOR/A)

BOLETA ANEXA  
1. Si  2. No

**1. ¿EXISTE EN ESTE HOGAR ALGÚN NIÑO/A MENOR DE 18 AÑOS QUE SU PADRE O MADRE NO VIVA(N) EN ESTE HOGAR?**

Sí .....1			No .....2 → Pasar a SL1	
N° de orden	Por muerte	Por migración	Por abandono	Otros
	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	Especifique:

**SL1.** Verifique la pregunta 106 en el Listado de miembros del hogar y anote el número total de niños/as de 2 - 17 años. Número total \_\_\_\_\_

**SL2.** Verifique el número total de niños/as de 2 a 17 años en SL1:  
 Cero: No realice la sección 2  
 Uno: Vaya a la pregunta 110, anote el número 1 en la persona seleccionable y circule la pregunta 111  
 Dos o más: Continúe a la tabla de Kish

Verifique el último dígito del número de hogar que aparece en la portada. Este es el número de la fila a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Verifique el número total de niños/as (2 - 17) en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Busque el recuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y marque con un círculo el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número (pregunta 110) del niño/ha seleccionado/a.

Último dígito del número de hogar	Número total de niños/as en el hogar que son elegibles						
	2	3	4	5	6	7	8+
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

**SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

101 N° DE O R D E N	102	103	104	105		106	107	108	109	110	111 N° DE O R D E N
	¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN EN ESTA VIVIENDA?  (No olvide registrar a los(as) miembros ausentes temporales por un período menor de 4 meses, recién nacidos(as) y domésticas puertas adentro, estudiantes en el extranjero y/o enfermos(as) financiados por el hogar)	¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE (...) CON EL(LA) JEFE(A) DEL  01. Jefe(a) 02. Esposa(o), compañera(o) 03. Hijo(a) 04. Padre/Madre 05. Hermano (a) 06. Yerno / nuera 07. Nieto(a) 08. Suegro(a) 09. Otros familiares 10. Empleada(o) doméstica(o) 11. Otros _____ (Especifique)	¿EL SEXO DE (...) ES ?  1. Hombre  2. Mujer	¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?		¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS?  (Anote 00, para los menores de 1 año)	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD	¿TIENE (...) ALGUN SEGURO MÉDICO?  1. ISSS cotizante 2. ISSS beneficiario(a) 3. ISSS retirado(a) 4. Bienestar Magisterial 5. IPSFA 6. Colectivo 7. Individual (Privado) 8. No tiene 9. Otros _____ (Especifique)	¿DURANTE EL MES ANTERIOR (...) TUVO?  1. Algún Síntoma 2. Alguna enfermedad 3. Lesión por Accidente 4. Lesión por hecho violento 5. No tuvo	PERSONAS SELECCIONABLES	
				¿CUÁL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (...)?  1. Acompañado(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Soltero(a)	MES		AÑO				
01		01									01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12
13											13
14											14
15											15
16											16
17											17
18											18
19											19

Circule la pregunta 111 de la persona entre 2 y 17 años que fue seleccionado según tabla Kish

OBSERVACIONES:


**SECCIÓN 2: LIMITACIONES O DIFICULTADES GRAVES O IMPORTANTES QUE TIENE EN LA ACTUALIDAD NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

**200. N° DE ORDEN DE LA TRH** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DISCIPLINA INFANTIL**

**201 LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN CIERTAS FORMAS DE ENSEÑAR A LOS NIÑOS/AS LA MANERA CORRECTA DE COMPORTARSE O CÓMO AFRONTAR UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIOS MÉTODOS QUE SE USAN Y QUERÍA QUE ME DIJERA SI UD. O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HA USADO ESTOS MÉTODOS CON (...) EN EL MES PASADO.**

	SI	NO	NS
A. Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (...) le gusta, o no le permitió salir de la casa.	1	2	3
B. Le explicó a (...) por qué su comportamiento estuvo mal.	1	2	3
C. Lo/la sacudió.	1	2	3
D. Le gritó, le vociferó, o le dio alaridos.	1	2	3
E. Le dio otra cosa que hacer.	1	2	3
F. Le dio una nalgada, lo/la golpeó o lo/la palmeó en el trasero sólo con la mano.	1	2	3
G. Lo/la golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro	1	2	3
H. Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o alguna otra cosa parecida.	1	2	3
I. Golpeó/le dio una palmada en la cara (cachetada), en la cabeza (coscorrón) o en las orejas.	1	2	3
J. Lo/la golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.	1	2	3
K. Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.	1	2	3

**202. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A (UN NIÑO/UNA NIÑA), EL/ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?**

1. Sí      2. No      3. No sabe

**Si la edad del niño/a es de 2 a 4 años continúe con 203, de lo contrario pase a 221**

**FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD NIÑOS/AS (2-4 AÑOS)**

ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER

**203. ¿USA ANTEOJOS (...)?**

1. Sí      2. No ----- **PASE A 205**

**204. ¿TIENE (...) DIFICULTADES PARA VER CUANDO USA ANTEOJOS?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**PASE A 206**

**205. ¿TIENE (...) DIFICULTADES PARA VER?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**206. ¿USA (...) AUDÍFONOS?**

1. Sí      2. No ----- **PASE A 208**

**207. ¿TIENE DIFICULTAD (...) PARA OIR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU(S) AUDÍFONOS?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**PASE A 209**

**208. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA OIR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**209. ¿UTILIZA (...) CUALQUIER EQUIPO O RECIBE ASISTENCIA PARA CAMINAR?**

1. Sí      2. No ----- **PASE A 212**

<p><b>210. SIN UTILIZAR SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<p><b>211. CUANDO UTILIZA SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<b>PASE A 213</b>	
<p><b>212. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad ----- <b>PASE A 215</b>                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total ----- <b>PASE A 215</b></p>	
<p><b>213. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (...) PARA CAMINAR?</b></p> <p>1. Voluntad de caminar                      3. Otra 2. Capacidad física para caminar</p>	
<p><b>214. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b></p> <p>1. No le preocupa en lo absoluto                      3. Hay mucha preocupación 2. Una pequeña preocupación                      4. Entre un poco y mucho</p>	
<p><b>215. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA RECOGER OBJETOS PEQUEÑOS CON SUS MANOS?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<p><b>216. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<p><b>217. CUANDO (...) HABLA, ¿TIENE USTED DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<p><b>218. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<p><b>219. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTADES PARA JUGAR?</b></p> <p>1. Ninguna dificultad                      3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad                      4. Total</p>	
<p><b>220. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿CUÁNTO PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS O ADULTOS (...)?</b></p> <p>1. No lo hace                      3. Más 2. Lo mismo o menos                      4. Mucho más</p>	
<b>TERMINE SECCIÓN</b>	

**FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD NIÑO (5-17 AÑOS)**

**ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER**

**221. ¿UTILIZA (...) ANTEOJOS?**

1. Sí      2. No ----- **PASE A 223**

**222. ¿TIENE (...) DIFICULTADES PARA VER CUANDO USA ANTEOJOS?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**PASE A 224**

**223. ¿TIENE (...) DIFICULTADES PARA VER?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**224. ¿USA (...) AUDÍFONOS?**

1. Sí      2. No ----- **PASE A 226**

**225. ¿TIENE DIFICULTAD (...) PARA OIR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU(S) AUDÍFONOS?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**PASE A 227**

**226. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA OIR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**227. ¿UTILIZA (...) CUALQUIER EQUIPO O RECIBE ASISTENCIA PARA CAMINAR?**

1. Sí      2. No ----- **PASE A 236**

**228. SIN UTILIZAR SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 YARDAS/METROS SOBRE LA TIERRA?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad ----- **PASE A 232**  
2. Alguna dificultad      4. Total ----- **PASE A 232**

**229. SIN UTILIZAR SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 YARDAS/METROS SOBRE LA TIERRA?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

**230. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (...) PARA CAMINAR 500 YARDAS/METROS?**

1. Voluntad de caminar      3. Otra  
2. Capacidad física para caminar

**231. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?**

1. No le preocupa en lo absoluto      3. Hay mucha preocupación  
2. Una pequeña preocupación      4. Entre un poco y mucho

**232. CUANDO UTILIZA SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 YARDAS/METROS SOBRE LA TIERRA?**

1. Ninguna dificultad      3. Mucha dificultad } **PASE A 236**  
2. Alguna dificultad      4. Total

**233. CUANDO UTILIZA SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 YARDAS/METROS SOBRE LA TIERRA?**

1. Ninguna dificultad ----- **PASE A 236**      3. Mucha dificultad  
2. Alguna dificultad      4. Total

<b>234. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (...) PARA CAMINAR 500 YARDAS/METROS?</b>  1. Voluntad de caminar 2. Capacidad física para caminar 3. Otra	
<b>235. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b>  1. No le preocupa en lo absoluto 2. Una pequeña preocupación 3. Hay mucha preocupación 4. Entre un poco y mucho	
<b>PASE A 240</b>	
<b>236. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 YARDAS/METROS SOBRE LA TIERRA?</b>  1. Ninguna dificultad 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	} <b>PASE A 240</b>
<b>237. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 YARDAS/METROS SOBRE LA TIERRA?</b>  1. Ninguna dificultad ----- <b>PASE A 240</b> 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	
<b>238. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (...) PARA CAMINAR 500 YARDAS/METROS?</b>  1. Voluntad de caminar 2. Capacidad física para caminar 3. Otra	
<b>239. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b>  1. No le preocupa en lo absoluto 2. Una pequeña preocupación 3. Hay mucha preocupación 4. Entre un poco y mucho	
<b>240. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA EL CUIDADO PERSONAL TALES COMO ALIMENTARSE O VESTIRSE?</b>  1. Ninguna dificultad ----- <b>PASE A 243</b> 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	
<b>241. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (...) CON EL AUTOCUIDADO?</b>  1. Voluntad para comer 2. Elección de la ropa 3. Necesita repetidos recordatorios 4. Capacidad física para comer 5. Capacidad física para vestirse 6. Otra	
<b>242. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b>  1. No le preocupa en lo absoluto 2. Una pequeña preocupación 3. Hay mucha preocupación 4. Entre un poco y mucho	
<b>243. CUANDO (...) HABLA, ¿TIENE DIFICULTADES PARA SER ENTENDIDO POR PERSONAS DENTRO DE ESTE HOGAR?</b>  1. Ninguna dificultad 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	
<b>244. CUANDO (...) HABLA, ¿TIENE DIFICULTADES PARA SER COMPRENDIDO POR PERSONAS FUERA DE ESTE HOGAR?</b>  1. Ninguna dificultad 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	
<b>245. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS?</b>  1. Ninguna dificultad 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	
<b>246. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS?</b>  1. Ninguna dificultad ----- <b>PASE A 249</b> 2. Alguna dificultad 3. Mucha dificultad 4. Total	

<b>247. CREE USTED QUE:</b>		<b>1. SÍ</b>	<b>2. NO</b>
A. ¿Su dificultad para recordar cosas es normal para los niños de esta edad?	A	1	2
B. ¿Necesita ayuda para superar esta dificultad?	B	1	2
C. Si no se aborda esta dificultad, ¿causará problemas a largo plazo?	C	1	2
<b>248. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b>			
1. No le preocupa en lo absoluto			
2. Una pequeña preocupación			
3. Hay mucha preocupación			
4. Entre un poco y mucho			
<b>249. ¿CON QUÉ FRECUENCIA (...) PARECE ANSIOSO, NERVIOSO O PREOCUPADO?</b>			
1. Diariamente			
2. Semanalmente			
3. Mensualmente			
4. Un par de veces al año			
5. Nunca			
<b>250. ¿CON QUÉ FRECUENCIA (...) PARECE TRISTE O DEPRIMIDO?</b>			
1. Diariamente			
2. Semanalmente			
3. Mensualmente			
4. Un par de veces al año			
5. Nunca			
<b>251. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿CUÁNTA DIFICULTAD TIENE (...) PARA CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO?</b>			
1. Ninguna	} PASE A 254		
2. Lo mismo o menos			
3. Más			
4. Mucho más			
<b>252. CREE USTED QUE:</b>		<b>1. SÍ</b>	<b>2. NO</b>
A. ¿Su dificultad para controlar su conducta es normal para los niños de esta edad?	A	1	2
B. ¿Necesita ayuda para superar esta dificultad?	B	1	2
C. Si no se aborda esta dificultad, ¿causará problemas a largo plazo?	C	1	2
<b>253. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b>			
1. No le preocupa en lo absoluto			
2. Una pequeña preocupación			
3. Hay mucha preocupación			
4. Entre un poco y mucho			
<b>254. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CENTRARSE EN UNA ACTIVIDAD QUE DISFRUTA HACIENDO?</b>			
1. Ninguna dificultad			
2. Alguna dificultad			
3. Mucha dificultad			
4. Total			
<b>255. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA ACEPTAR CAMBIOS EN SU RUTINA?</b>			
1. Ninguna dificultad ----- PASE A 258			
2. Alguna dificultad			
3. Mucha dificultad			
4. Total			
<b>256. CREE USTED QUE:</b>		<b>1. SÍ</b>	<b>2. NO</b>
A. ¿Su dificultad para aceptar los cambios en la rutina es normal para los niños de esta edad?	A	1	2
B. ¿Necesita ayuda para superar esta dificultad?	B	1	2
C. Si no se aborda esta dificultad, ¿causará problemas a largo plazo?	C	1	2
<b>257. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</b>			
1. No le preocupa en lo absoluto			
2. Una pequeña preocupación			
3. Hay mucha preocupación			
4. Entre un poco y mucho			
<b>258. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA HACER AMIGOS?</b>			
1. Ninguna dificultad			
2. Alguna dificultad			
3. Mucha dificultad			
4. Total			

### SECCION 3. CLASIFICACION DE LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS (Para todas las personas)

ENCUESTADOR(A), LEA AL INFORMANTE LA SIGUIENTE INDICACION:

Sr.(a) a continuación le haré algunas preguntas para saber si en su hogar vive alguna persona con **DISCAPACIDAD**, que se refiere a aquellas que tienen alguna limitación o dificultad física, mental, intelectual o de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato, gusto) **DE FORMA PERMANENTE**, que le impida participar en la sociedad como cualquier otra persona.

JEFA(E) DE HOGAR, CONYUGE Y/O INFORMANTE CALIFICADO  
EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS.....

301 No. de ORD.	JEFA(E) DE HOGAR, CONYUGE Y/O INFORMANTE CALIFICADO EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS.....							310 PERSONA CON ALGUNA LIMITACION		
	302 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA MOVERSE O CAMINAR, PARA USAR BRAZOS O PIERNAS?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	303 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA VER, AUN USANDO ANTEOJOS?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	304 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA HABLAR O COMUNICARSE, AUN USANDO LA LENGUA DE SEÑAS SALVADOREÑA U OTRAS SEÑAS?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	305 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA OIR, AUN USANDO APARATOS AUDITIVOS?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	306 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	307 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA RELACIONARSE CON LOS DEMAS, POR SUS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCIONES O CONDUCTAS?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	308 (Mencione el nombre) ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE DIFICILTE DE FORMA PERMANENTE, SUS ACTIVIDADES DIARIAS?  1 - SI → 2 - No		309 (Mencione el nombre) ¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA VESTIRSE, BAÑARSE O COMER?  1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	
	HACER PREGUNTAS 403 A 407	HACER PREGUNTAS 408 A 414	HACER PREGUNTAS 415 A 417	HACER PREGUNTAS 418 A 422	HACER PREGUNTAS 423 A 424	HACER PREGUNTAS DE 425 A 426	HACER PREGUNTAS 427 A 430	HACER PREGUNTAS 431 A 437		
	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	COD.	Especifique	CÓDIGO	CODIGO
01										1
02										1
03										1
04										1
05										1
06										1
07										1
08										1
09										1
10										1
11										1
12										1
13										1
14										1
15										1
16										1
17										1
18										1
19										1

OBSERVACIONES:

Encuestador(a): Si registró el código 2,3, y/o 4 para alguna de las preguntas de la 302 a la 309, encierre en un círculo el código 1 en la columna 310, para la persona que corresponda.





5	Hipo e hipertiroidismo	1	2	3	4	7	Hija	1. Sí	2. No
6	Problemas en la piel ( quemaduras graves, psoriasis severas, queloides y úlceras )	1	2	3	4	8	Otro Pariente _____ (Especifique)		
7	Dificultades urinarias (incontinencia)	1	2	3	4	9	Otro NO Pariente _____ (Especifique)		
8	Insuficiencia renal (recibe diálisis)	1	2	3	4	10	Profesional de la salud	} Pase a 435	
9	Aparato reproductivo (esterilidad e impotencia)	1	2	3	4	11	Trabajadora del hogar		
10	Enfermedades degenerativas ( poliartritis, esclerosis múltiples,	1	2	3	4	<b>434 ¿QUE ACTIVIDADES DEJAN DE HACER, LAS PERSONAS QUE LE AYUDAN?</b>			
11	Enfermedades mentales(sicosis, esquizofrenia, depresión severa)	1	2	3	4	1	Estudiar	1. Sí	2. No
12	Síndrome epiléptico	1	2	3	4	2	Trabajar		
13	Dificultades relacionadas al aparato digestivo	1	2	3	4	3	Atender su negocio		
14	Otros: _____	1	2	3	4	4	Quehaceres del hogar		
<b>429 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA ESA ENFERMEDAD?</b>						5	Deporte, recreación o actividades sociales		
1.	Sí	2.	No	Pase a 431		6	Otra _____ (Especifique)		
<b>430 ¿CADA CUANTO TIEMPO RECIBE TRATAMIENTO?</b>						7	NINGUNA		
1	Actualmente recibe tratamiento siempre que lo necesita.	1. Sí		2. No		8	NO SABE		
2	Hace mas de 6 meses que no recibe tratamiento.					<b>435 ¿LE PAGAN O LE DAN ALGUNA PROPINA A LA PERSONA QUE LE AYUDA?</b>			
3	No sabe / No recuerda					1.	Sí	2.	No } Pase a 437
<b>AUTONOMIA Y DEPENDENCIA</b>						<b>436 ¿QUIEN(ES) SE HACE(N) CARGO DE ESTE GASTO?</b>			
<b>431 ¿ESTA(S) LIMITACION(ES) LE HACE(N) DEPENDER DE ALGUNA PERSONA?</b>						1	Él / Ella mismo(a)	1. Sí	2. No
1.	Sí	2.	No	Pase a 437		2	Miembros de su hogar		
<b>432 ESTA(S) PERSONA(S) LE AYUDA(N) PARA:</b>						3	Miembros de otro hogar		
1	Comer y Beber?	1. Sí		2. No		4	Programa de apoyo social		
2	Suministrarle sus medicamentos (tomados, inyectados,etc.)?					5	Otra _____ (Especifique)		
3	Utilizar el servicio sanitario, por no poder controlar sus necesidades fisiológicas?.					6	NO SABE		
4	Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?					<b>437 ¿POR SI SOLO, PUEDE?</b>			
5	Realizar su higiene y cuidado personal?					1	Comer y Beber?	1. Sí	2. No
6	Preparar los alimentos?					2	Tomar sus medicamentos?		
7	Limpiar la casa?					3	Utilizar el servicio sanitario?		
8	Cuidar los objetos de la casa?					4	Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?		
9	Hacer compras?					5	Realizar su higiene y cuidado personal?		
10	Desplazarse dentro de la casa?					6	Cuidar de su familia?		
11	Desplazarse fuera de la casa?					7	Preparar los alimentos?		
12	Leer y/o escribir?					8	Limpiar la casa?		
13	Comunicarse?					9	Cuidar los objetos de la casa?		
14	Otro? _____ (Especifique)					10	Hacer compras?		
<b>433 ¿QUIEN(ES) LE AYUDA(N) EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS?</b>						<b>Observaciones:</b>			
1	Papá	1. Sí		2. No		_____			
2	Mamá					_____			
3	Esposo(a) ó Compañero(a) de vida					_____			
4	Hermana								
5	Hermano								
6	Hijo								

## SECCIÓN 5: SALUD, HABILITACION Y/O REHABILITACION

500 POR LA(S) LIMITACION(ES) QUE TIENE, ¿RECIBE?:	501 ¿ADONDE ACUDE PARA RECIBIR LA(EL)?	502 ¿QUIEN LE ATIENDE EN LA(EL)?	503 ¿QUIEN PAGA LA(EL)?	504 ¿CON QUE FRECUENCIA RECIBE LA(EL)?	505 ¿EL SERVICIO QUE RECIBE, LE PARECE?
..... mencione	..... mencione	..... mencione	..... mencione	..... mencione	..... mencione
1 Sí 2 No 3 No necesita	1 Comunidad (ECOS Especializados - MINSAL) 2 Hospital Nacional (MINSAL) 3 ISRI 4 ISSS 5 ISBM 6 FUNTER 7 Hospital Militar 8 Organización de Personas con Discapacidad 9 Otro: _____ especifique	1 Psicólogo(a) 2 Psiquiatra 3 Fisioterapeuta 4 Enfermero(a) 5 Técnico(a) en Enfermería 6 Otros Médicos Especialistas 7 Otro: _____ especifique	1 Él / Ella misma(o) 2 Algún miembro del hogar 3 Algún miembro de otro hogar 4 Donación 5 Seguro de salud 6 Centro de Trabajo 7 Gratuito 8 Otro: _____ especifique	1 Diario 2 Interdiario 3 Semanal 4 Quincenal 5 Mensual 6 Bimestral 7 Trimestral 8 Semestral 9 Anual 10 Solo cuando lo requiere	1 Bueno? 2 Regular? 3 Malo? 4 No sabe / No opina
<b>pase al sig. ítem</b>					
	1. Sí   2. No   3. No necesita	Código	Código	Código	Código
1 Terapia Física	1   2   3				
2 Terapia de lenguaje	1   2   3				
3 Terapia Ocupacional	1   2   3				
4 Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	1   2   3				
5 Tratamiento Psicológico	1   2   3				
6 Cuidados de Enfermería	1   2   3				
7 Terapia por Médico General	1   2   3				
8 Terapia por Médico Especializado	1   2   3				
9 Otro: _____ Especifique	1   2   3				

## SECCIÓN 6: ACCESIBILIDAD

### SERVICIOS DE SALUD

<b>601. ¿EL(LOS) ESTABLECIMIENTO(S) DE SALUD AL QUE ASISTE, CUENTA(N) CON:</b>	1. Sí   2. No	<b>602. ¿SIGNIFICA UNA DIFICULTAD PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LA FALTA DE?</b>	1. Sí   2. No
1 ACUDE <b>SI RESPONDE "NO" PASE A 603</b> 2 Rampas de Acceso? 3 Barandas de Seguridad? 4 Ascensores adecuados? 5 Servicios Sanitarios para Personas con Discapacidad? 6 Lugares que brinden información? 7 Carteles de información? 8 Otro _____ especifique	<input type="checkbox"/>	2 Rampas de Acceso? 3 Barandas de Seguridad? 4 Ascensores adecuados? 5 Servicios Sanitarios para Personas con Discapacidad? 6 Lugares que brinden información? 7 Carteles de información? 8 Otro _____ especifique	<input type="checkbox"/>

### INSTITUCION EDUCATIVA

<b>603. ¿LA INSTITUCION EDUCATIVA A LA QUE ASISTE, CUENTA CON?:</b>	1. Sí   2. No	<b>604. ¿SIGNIFICA UNA DIFICULTAD PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS DE EDUCACION, LA FALTA DE?:</b>	1. Sí   2. No
1 ACUDE <b>SI RESPONDE "NO" PASE A 605</b> 2 Rampas de Acceso? 3 Barandas de Seguridad? 4 Ascensores adecuados? 5 Servicios Sanitarios para Personas con Discapacidad? 6 Lugares que brinden información? 7 Carteles de información? 8 Otro _____ especifique	<input type="checkbox"/>	2 Rampas de Acceso? 3 Barandas de Seguridad? 4 Ascensores adecuados? 5 Servicios Sanitarios para Personas con Discapacidad? 6 Lugares que brinden información? 7 Carteles de información? 8 Otro _____ especifique	<input type="checkbox"/>

### NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA

<b>605. ¿EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE TRABAJA CUENTA CON?:</b>	1. Sí   2. No	<b>606. ¿SIGNIFICA UNA DIFICULTAD PARA SU DESEMPEÑO LABORAL LA FALTA DE?:</b>	1. Sí   2. No
1 ACUDE <b>SI RESPONDE "NO" PASE A 607</b> 2 Rampas de Acceso? 3 Barandas de Seguridad? 4 Ascensores adecuados? 5 Servicios Sanitarios para Personas con Discapacidad? 6 Lugares que brinden información? 7 Carteles de información? 8 Otro _____ especifique	<input type="checkbox"/>	2 Rampas de Acceso? 3 Barandas de Seguridad? 4 Ascensores adecuados? 5 Servicios Sanitarios para Personas con Discapacidad? 6 Lugares que brinden información? 7 Carteles de información? 8 Otro _____ especifique	<input type="checkbox"/>

DESPLAZAMIENTO		MEDIOS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN	
<b>607. ¿TIENE DIFICULTADES PARA MOVILIZARSE DENTRO DE SU?</b>		<b>611. ¿A CAUSA DE SU LIMITACION, ENCUENTRA DIFICULTADES PARA ENTENDER LOS MENSAJES DE?</b>	
1 Vivienda?		1 La Radio?	
2 Centro de Estudios?		2 La Televisión?	
3 Centro de Trabajo?		3 Periódicos o Revistas?	
4 NO SE DESPLAZA A NINGUN LUGAR		4 Afiches, Paneles y Letreros?	
Pase a 611 N/A - No Aplica		5 Internet	
<b>608. ¿TIENE DIFICULTADES PARA INGRESAR Y/O MOVILIZARSE EN?</b>		6 Otro medio de Comunicación?	
1 Establecimientos de salud?		especifique	
2 Centros Educativos?		<b>INCLUSION SOCIAL Y BIENESTAR</b>	
3 Centros de Rehabilitación?		<b>612. ¿CREE QUE LAS PERSONAS LO(A) TRATAN DE MANERA DIFERENTE A CAUSA DE SUS LIMITACIONES?</b>	
4 Farmacias?		1. Sí                      2. No                      Pase a 615	
5 Oficinas Públicas		<b>613. ¿COMO SE DA CUENTA QUE LO(A) TRATAN DE MANERA DIFERENTE?</b>	
6 Bancos o Instituciones Financieras?		1 Lo ayudan y muestran respeto	
7 Centros Deportivos		2 Lo sobreprotegen	
8 Centros Comerciales?		3 Lo descuidan o ignoran	
9 Cines / Teatros?		4 Se ponen nerviosos	
10 Restaurantes?		5 Lo agreden (fisica y/o verbalmente)	
11 Mercados?		6 Otro _____	
12 Supermercados?		especifique	
13 Plazas y Parques?		<b>614. ¿QUIENES LO(A) TRATAN DE MANERA DIFERENTE?</b>	
14 Terminales o paradas de Buses?		1 La Familia	
15 Iglesias?		2 Los Amigos	
16 Otro _____		3 Los Compañeros de Trabajo	
especifique		4 Los Compañeros de Estudio	
N/A - No Aplica		5 Los vecinos	
<b>TRANSPORTE</b>		6 La Sociedad	
<b>609. ¿TIENE DIFICULTADES PARA UTILIZAR?</b>		7 Otras _____	
1 Transporte público urbano?		especifique	
2 Taxi?		<b>615. ¿QUE PERSONAS LO(A) AYUDAN O LO(A) AYUDARON A SUPERAR SUS LIMITACIONES?</b>	
3 Moto taxi?		1 La Familia?	
4 Sistema de transporte metropolitano?		2 Los Amigos?	
5 Transporte público interdepartamental?		3 Los Compañeros de Trabajo?	
6 Transporte acuatico? (lancha, bote, etc.)		4 Los Compañeros de Estudio?	
7 Transporte aereo?		5 Otras personas con limitaciones?	
8 Otro medio? _____		6 Profesionales de la salud?	
especifique		7 Ninguna Persona	
<b>610. ¿EN GENERAL, PARA MOVILIZARSE EN SU ENTORNO, QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA?</b>		8 No sabe	
1 Bicicleta		9 Otras _____	
2 Triciclo		especifique	
3 Silla de Ruedas		<b>615. ¿QUE PERSONAS LO(A) AYUDAN O LO(A) AYUDARON A SUPERAR SUS LIMITACIONES?</b>	
4 Silla de Ruedas a motor		1 La Familia?	
5 Moto taxi		2 Los Amigos?	
6 Vehículo propio adaptado		3 Los Compañeros de Trabajo?	
7 Vehículo propio sin adaptar		4 Los Compañeros de Estudio?	
8 Transporte público		5 Otras personas con limitaciones?	
9 Taxi		6 Profesionales de la salud?	
10 Ninguno (se moviliza a pie)		7 Ninguna Persona	
11 Otro medio? _____		8 No sabe	
especifique		9 Otras _____	
N/A - No Aplica		especifique	

Si la persona con limitación tiene menos de 12 años de edad, pase a 619		REGISTRO Y CERTIFICACION	
<b>616. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA RELACION SENTIMENTAL?</b> 1. Sí                      2. No                      Pase a 619		<b>621. ¿POSEE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION?</b> 1. Sí   2. No 1 Partida de Nacimiento? 2 Documento Unico de Identidad (DUI)? 3 Pasaporte? 4 Otro _____ especifique	
<b>617. ¿COMO REACCIONO SU FAMILIA CUANDO INICIO SU RELACION SENTIMENTAL?</b> 1 Se molestó 2 Se opuso 3 Se preocupó 4 Aceptó 5 Otro _____ especifique 6 NO SABE / NO OPINA 7 EN ESE MOMENTO, TENIA LIMITACION (Si responde 2. No pase a 619)		<b>622. ¿TIENE CERTIFICADO POR DISCAPACIDAD?</b> 1. Sí                      2. No                      Pase a 625	
<b>618. ¿COMO REACCIONO LA FAMILIA DE SU PAREJA CUANDO INICIO SU RELACION SENTIMENTAL?</b> 1 Se molestó 2 Se opuso 3 Se preocupó 4 Aceptó 5 Otro _____ especifique 6 NO SABE / NO OPINA 7 EN ESE MOMENTO, NO TENIA LIMITACION		<b>623. ¿QUE INSTITUCION CERTIFICOSU DISCAPACIDAD?</b> 1. Sí   2. No 1 ISRI 2 ISSS 3 Foprolyd 4 Otro: _____ especifique	
<b>EJERCICIO DE DERECHOS</b>		<b>624. ¿SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL CONSEJO NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD? (CONAIPD)</b> 1 Si 2 No 3 No sabe	
<b>619. ¿CONOCE ALGUN ORGANISMO, INSTITUCION O AGRUPACION DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, TALES COMO?:</b> <b>Instituciones Públicas.</b> 1 Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad (CONAIPD)? 2 Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH) 3 Procuraduría General de la República (PGR) <b>Instituciones Privadas</b> 4 Organizaciones de Personas con Discapacidad 5 Organizaciones pro Defensa de los Derechos Humanos 6 Organizaciones de Rehabilitación 7 Organizaciones Religiosas de Ayuda 8 Otro _____ especifique 9 NO CONOCE		<b>PARTICIPACION CIUDADANA</b> <b>625. ¿PERTENECE A ALGUNAS ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES O AGRUPACIONES?</b> 1. Si                      2. No                      Pase a 626	
<b>620. ¿CONOCE ALGUNA DE LAS NORMAS SIGUIENTES?</b> 1. Sí   2. No 1 Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad? 2 Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de la readaptación profesional de las personas con discapacidad? 3 Ley de Equiparación de Oportunidades 4 Convención sobre los Derechos del Niño 5 Convención contra todas las formas de discriminación de OEA 6 NO CONOCE		<b>625.A ¿A CUAL DE LAS SIGUIENTES?</b> 1. Sí   2. No 1 Agrupación de Personas con Discapacidad? 2 Club o Asociación Deportiva? 3 Adesco? 4 Asociación de Jóvenes? 5 Asociación de Estudiantes? 6 Asociación de Comerciantes? 7 Asociación Agropecuaria? 8 Comunidad Religiosa? 9 Agrupación Política? 10 Otra _____ especifique	
		<b>626. ¿POR QUE NO PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACION, ASOCIACION O AGRUPACION? (seleccione y circule 1 o más códigos, según corresponda)</b> 1 Debido a su Discapacidad                      1 2 No conoce personas influyentes                      2 3 No le interesa / No quiere participar                      3 4 Falta de tiempo                      4 5 Desconoce que existen                      5 6 Otro _____                      6 especifique	
		<b>627. ¿VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES?</b> 1 Si                      Pase a la sig. Sección 2 No 3 No sabe                      Pase a la sig. Sección	
		<b>628. ¿PORQUE RAZON NO VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES?</b> 1. Sí   2. No 1 Por su limitación 2 El local de votación, no reúne las condiciones	

**SECCIÓN 7: EDUCACIÓN**

PARA PERSONAS DE 4 AÑOS Y MAS DE EDAD

701	702	703	704	705	706	707		708	709	710		711		712	713
						NIVEL	GRADO			A	B	SÍ PARA CÓDIGO 3 O 4 PASE A 713			
N° DE ORDEN	PARA PERSONAS DE 0 A 3 AÑOS	¿SABE (.....)  LEER Y ESCRIBIR?	¿(.....) ASISTE O ASISTIÓ A UN CENTRO DE EDUCACION FORMAL?	¿PORQUÉ (.....) NUNCA HA ASISTIDO A UN CENTRO DE EDUCACION FORMAL?	¿SE MATRICULÓ (...) DURANTE ESTE AÑO LECTIVO?	¿QUÉ NIVEL CURSA O ASISTE ACTUALMENTE O CUAL FUE SU ULTIMO NIVEL ESTUDIADO Y GRADO APROBADO?		EL CENTRO DE EDUCACION AL QUE ASISTE Ó ASISTIÓ (...) ES?	¿A QUÉ JORNADA ASISTE(...) PREDOMINANTEMENTE?	A. ¿(...)ESTÁ REPITIENDO ACTUALMENTE EL GRADO O CURSO QUE ESTUDIA?		¿POR QUÉ ESTA REPITIENDO (...) EL GRADO O CURSO?	¿POR QUÉ ABANDONO O REPROBO (...) LOS ESTUDIOS?	¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE USA HABITUALMENTE (...) PARA IR AL CENTRO DE EDUCACION?	
	1. Sí --- Pase a 707					1. Sí	1. Asiste Actualmente Pase a 707			1. No reciben en el Centro Escolar 2. No tiene quien lo asista 3. No tiene capacidad de aprendizaje 4. No hay Escuela de Educación Especial 5. No hay acceso a transporte adecuado 6. Por su discapacidad 7. Necesita trabajar 8. Dificultades económicas 9. Padres o encargados no quieren que estudie 10. Otro _____ Especifique	1. Sí				2. No
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7: EDUCACIÓN**

DE O R D E N T R H	714		SOLO PARA 707 = 1, 2, 3 O 6														718		719	720		721		722		723						
	¿CUÁNTO TIEMPO TARDA NORMALMENTE (...) EN LLEGAR AL CENTRO DE EDUCACION?		¿EN EL CENTRO DE EDUCACION RECIBE (...) SIN PAGO O GRATIS?						716 SOLO SI 715 = 4 6 5 ¿QUIÉN LE OTORGÓ LA BECA?		717 ¿ EN EL CENTRO DE EDUCACION DONDE ESTUDIA (...) RECIBE?				EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ADONDE ACUDE CUENTAN CON:								¿QUÉ TÍTULO O DIPLOMA OBTUVO (...) EN EL NIVEL MÁS ALTO QUE APROBÓ?		¿POR QUÉ NO ESTUDIA (...) ACTUALMENTE?		a). ¿(...) SINTONIZA O VE EL CANAL 10 DE TV?		¿QUÉ PROGRAMAS EDUCATIVOS LE GUSTARÍA VER A (...) EN EL CANAL 10?		¿ A CUÁNTO ASCIENDEN EN EL ÚLTIMO AÑO/MES A) LOS GASTOS DE (...) EN: MATRÍCULA, ÚTILES, UNIFORMES, TEXTOS, ETC.?  B) CUOTAS, TRANSPORTE, REFRIGERIO, PUPILAJE, ETC.?	
	Horas	Minutos	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	1	2	1	2	1	2	A) GASTO ESTIMADO EN EL AÑO EN \$\$\$	B) GASTO ESTIMADO EN EL MES EN \$\$\$
01			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
02			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
03			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
04			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
05			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
06			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
07			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
08			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
09			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
10			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
11			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
12			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
13			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
14			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
15			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
16			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
17																																
18			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											
19			1	2	3	4	5	6	\$	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8											

Observaciones:

**SECCIÓN 8: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA**

<b>801. TIPO DE VIVIENDA:</b> 1. Casa privada o independiente 2. Apartamento 3. Condominio → Preguntar No. de pisos 4. Pieza en una casa 5. Pieza en un mesón 6. Casa improvisada 7. Rancho 8. Temporal (fenómenos naturales: terremoto, inundaciones, etc.) 9. Otro tipo de vivienda _____ (Especifique)	Vivienda en Buen Estado (No aplica código 6)	No. de pisos  1.Si 2.No	<b>811. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO DE AGUA POR CAÑERÍA?</b> 01. ¿Dentro de la vivienda con abastecimiento público? (ANDA) 02. ¿Dentro de la vivienda con otro tipo de abastecimiento? 03. ¿Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con abastecimiento público? (ANDA) 04. ¿Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con otro tipo de abastecimiento? 04. 1 Tubería por poliducto (buen estado) 05. No tiene 06. Tiene pero no le cae ( por más de un mes) 07. Otro tipo de abastecimiento. _____ Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar cuantas horas al día.....	1. - de 4 hrs. 2. + de 4 hrs.
<b>802. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES:</b> 1. ¿Losa de concreto? 2. ¿Teja de barro o cemento? 3. ¿Lámina de asbesto o fibra cemento? 4. ¿Lámina metálica? 5. ¿Paja o palma? 6. ¿Materiales de desecho? 7. ¿Otros materiales? _____ (Especifique)	Material en Buen Estado (No aplica código 6)	1.Si 2.No	<b>812. EL SERVICIO DE BAÑO LO SATISFACE POR:</b> 1. Regadera o pila dentro de la vivienda 2. Regadera o pila fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad 3. Regadera o pila de baño común 4. Río, quebrada u ojo de agua 5. Barril o pila al aire libre 6. Otros medios _____ (Especifique)	
<b>803. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES:</b> 1. ¿Concreto o mixto? 2. ¿Bahareque? 3. ¿Adobe? 4. ¿Madera? 5. ¿Lámina metálica? 6. ¿Paja o palma? 7. ¿Materiales de desecho? 8. ¿Otros materiales? _____ (Especifique)	Material en Buen Estado (No aplica código 7)	1.Si 2.No	<b>813. ¿CUENTA CON ACCESO A SANITARIO?</b> 1. Si, dentro de la vivienda 2. Si, fuera de la vivienda 3. Si tiene pero no lo utiliza 4. No tiene	} Pase a 815
<b>804. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES:</b> 1. ¿Ladrillo cerámico?                      4. ¿Cemento? 2. ¿Ladrillo de cemento?                    5. ¿Tierra? 3. ¿Ladrillo de barro?                        6. ¿Otros? _____ (Especifique)			<b>814. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA?</b> 1. Si, de familiar o amigo(a) 2. No tiene --- Pase a 816	
<b>805. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA</b> <b>¿CUÁNTAS HABITACIONES SON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?</b>			<b>815. EL SERVICIO SANITARIO AL QUE TIENE ACCESO ESTA VIVIENDA ES DE:</b> 1. ¿Inodoro a alcantarillado? 2. ¿Inodoro a fosa séptica? 3. ¿Inodoro común a alcantarillado? 4. ¿Inodoro común a fosa séptica? 5. ¿Letrina privada? 6. ¿Letrina común? 7. ¿Letrina abonera privada? 8. ¿Letrina abonera común? 9. ¿Letrina solar privada? 10. ¿Letrina solar común?	
<b>806. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?</b>			<b>816. ¿CÓMO SE DESHACEN EN LA VIVIENDA DE LAS AGUAS RESIDUALES (GRISES)?</b> 1. Alcantarillado 2. Pozo o resumidero 3. Fosa séptica 4. Quebrada o río 5. A la calle o al aire libre 6. Otros _____ (Especifique)	
<b>807. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA?</b> 1. Inquilino (a) 2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/> } Pase a 810 3. Propietario(a) N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/> } 4. Propietario(a) de la vivienda en terreno público 5. Propietario(a) de la vivienda en terreno privado 6. Colono(a) 7. Guardián de la vivienda 8. Ocupante gratuito 9. Otros _____ (Especifique)	\$ ↑ CUOTA MENSUAL		<b>817. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR?</b> 1. Electricidad 2. Kerosene (gas) 3. Gas propano 4. Leña 5. Carbón 6. Ninguno 7. Otros _____ (Especifique)	
<b>808. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA?</b> 1. Sí --- Pase a 810                      2. No			<b>818. ¿TIENE USTED EN USO?</b>	1. Sí    ¿Cuántos? 2. No
<b>809. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTO CREE QUE PAGARÍA POR MES?</b> \$			1. Teléfono Fijo 2. Teléfono Celular 3. Internet 3.1 Internet Móvil 4. Cable 5. Cable del vecino	1 2 3 3.1 4 5
<b>810. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO POSEE ESTA VIVIENDA?</b> 1. Electricidad                      5. Panel solar 2. Conexión eléctrica del vecino(a)    6. Generador eléctrico 3. Kerosene (gas)                      7. Otra clase _____ 4. Candela                                      (Especifique)				

Si responde 1 ó 2, cuantas horas al día no recibe el servicio.....

**SECCIÓN 8: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA**

<b>819. ¿EQUIPAMIENTO DEL HOGAR?</b>		1. Si	2. No	¿Cuántos?
1. ¿Radio?.....				
2. ¿Equipo de sonido?.....				
3. ¿T.V.?.....				
4. ¿Video casetera o DVD?.....				
5. ¿Refrigeradora?.....				
6. ¿Lavadora?.....				
7. ¿Licuadora?.....				
8. ¿Ventilador?.....				
9. ¿Computadora?.....				
10. ¿Secadora de ropa?.....				
11. ¿Máquina de coser?.....				
12. ¿Vehículo (uso del hogar)?.....				
13. ¿Plancha? (ropa).....				
14. ¿Horno microonda?.....				
15. ¿Videojuegos (Nintendo)?.....				
16. ¿Generador de electricidad?.....				
17. ¿Aire Acondicionado?.....				
18. ¿Tanque o cisterna?.....				
19. ¿Motocicleta?.....				
20. ¿Tiene en uso teléfono fijo?.....				
21. ¿Tiene en uso cable?.....				
22. ¿Tiene en uso cable del vecino?.....				

820. EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL EN ... FUE:	¿Pagado o comprado?	¿Donado o Regalado?	¿Autoconsumo, autosuministro?	¿Incluido en el alquiler?	¿No gasto?	¿No sabe, no responde?	¿CUANTO FUE EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL?	
							Dólares	Centavos
01. Agua.....	1	2		4	5	6		
01.1 Agua envasada.....	1	2	3		5	6		
01.2 Agua (otras fuentes).....	1	2	3		5	6		
02. Electricidad.....	1	2		4	5	6		
03. Kerosén.....	1	2	3		5	6		
04. Gas propano.....	1	2	3		5	6		
05. Candela.....	1	2	3		5	6		
06. Leña.....	1	2	3		5	6		
07. Carga de batería.....	1	2	3		5	6		
08. Módem.....	1	2			5	6		
09. Teléfono fijo.....	1	2			5	6		
10. Celular.....	1	2			5	6		
11. Cable / Cable del vecino.....	1	2			5	6		
12. Internet (Hogar).....	1	2			5	6		
13. Cibercafé.....	1	2			5	6		
14. Impuestos municipales.....	1	2			5	6		
15. Pago vigilancia.....	1	2			5	6		
16. Recolección de basura.....	1	2			5	6		
17. Servicio doméstico.....	1				5			
18. Otros.....	1	2	3		5	6		
(Especifique)	<b>TOTAL \$</b>							

**SECCIÓN 8 A: GASTO DEL HOGAR**

8001		8002	8003				8004										
EN EL ÚLTIMO MES ¿EN ESTE HOGAR COMPRARON, OBTUVIERON, CONSIGUIERON O UTILIZARON:		¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO?	LO OBTUVO POR :				¿CUÁL FUE EL VALOR DE?										
ARTÍCULOS Y SERVICIOS		1. Si 2. No	1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimensual 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual	1. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	3. ¿Autosuministro?	4. ¿Ayuda familiar?	5. ¿Ayuda del Estado?	6. ¿Ayuda privada?	7. ¿Otros?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?		
											Dólares	Centavos	Dólares	Centavos	Dólares	Centavos	
01	Alimentos y Bebidas no Alcohólicas?																01
02	Artículos para higiene personal (jabón, cepillo de dientes, papel higiénico, lavado de ropa, detergentes, cosméticos, etc.)?																02
03	Artículos de aseo del hogar (escoba, desodorante ambiental, desinfectantes, trapeadores, etc.)?																03
04	Entradas al cine, estadio, discoteca, museo, libros, revistas, etc?																04
05	Combustible?																05
06	Transporte público (bus, microbús, taxi, etc.)? (Excluya gastos por educación)																06
07	Otros (pupilaje, renta, etc.)?																07
08	Gastos por cuidado de menores de 3 años en guardería y maternal, gasto en cuidado de adultos/as mayores, o personas con discapacidad?																08

8005		¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO? Anotar códigos de 8002	LO OBTUVO POR :				¿CUÁL FUE EL VALOR DE?										
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿EN ESTE HOGAR COMPRARON, OBTUVIERON O UTILIZARON:			1. Si 2. No	1. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	3. ¿Autosuministro?	4. ¿Ayuda familiar?	5. ¿Ayuda del Estado?	6. ¿Ayuda privada?	7. ¿Otros?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?		
Dólares	Centavos	Dólares									Centavos	Dólares	Centavos				
01	Prendas de vestir, accesorios y telas, calzado (Incluye deportivo, reparaciones)?																01
02	Muebles y artículos de decoración del hogar (sala, dormitorio, etc), electrodomésticos?																02
03	Reparación de la vivienda por desastres naturales o por mantenimiento?																03
04	Reparación, compra y mant. de vehículos (auto, bicicleta, motocicleta, etc)?																04
05	Equipo de cocina (vajilla, pantries, cocina, etc.) y tejidos para el hogar (sábanas, toallas, manteles, etc.)?																05
06	Gastos en salud (dentista, controles periódicos, lentes, etc.) y otros gastos (prestamos, donaciones, seguros, etc)																06
07	Transporte interdepartamental e internacional turismo y/o visita a familiares y amigos?																07

8006		¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO? Anotar códigos de 8002	LO OBTUVO POR :				¿CUÁL FUE EL VALOR DE?										
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ESTE HOGAR HA REALIZADO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES GASTOS POR DISCAPACIDAD DE ALGUNO DE SUS MIEMBROS?:			1. Si 2. No	1. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	3. ¿Autosuministro?	4. ¿Ayuda familiar?	5. ¿Ayuda del Estado?	6. ¿Ayuda privada?	7. ¿Otros?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?		
Dólares	Centavos	Dólares									Centavos	Dólares	Centavos				
01	Alimentación Especial																01
02	Artículos de higiene personal (Pampers, etc)																02
03	Medicamentos																03
04	Transporte especial																04
05	Cuidador(a)																05
06	Persona Guía																06
07	Interprete																07
08	Prótesis / Ortesis																08
09	Silla de Ruedas																09
10	Bastones / Muletas / Andaderas																10
11	Audífonos																11
12	Cama Especial																12
13	Otros																13

OBSERVACIONES:

--

**SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO**

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

<b>901. N° DE ORDEN DE LA TRH</b>	<b>NOMBRE:</b>	<b>902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE</b>																
<b>CONDICIÓN DE ACTIVIDAD</b>																		
<b>903. LA SEMANA ANTERIOR ( ... ) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA?</b> (Sin contar los quehaceres del hogar)  1. Sí → <b>Pase a 911</b> 2. No	<b>908. ¿QUÉ HIZO ( ... ) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?</b>  01. Estableció contacto con oficinas de empleo 02. Gestionó directamente con empleadores 03. Gestionó en lugar de trabajo, fincas, granjas, etc. 04. Gestionó valiéndose de amigos/as y familiares 05. Puso aviso o respondió ofertas aparecidas en periódicos 06. Buscó terreno, edificio, etc. para establecer su propia empresa o negocio 07. Gestionó para obtener recursos financieros y establecer su propia empresa o negocio 08. Otros _____ (Especifique) 09. No hizo nada → <b>Regrese a Prg. 407 y anote código 2</b>																	
<b>904. LA SEMANA ANTERIOR ( ... ) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO:</b>  01. ¿Realizó labores en su terreno o cuidó sus animales? ..... 02. ¿Trabajó en algún negocio propio o de familiar? ..... 03. ¿Vendió algún producto, lotería, periódicos, etc.? ..... 04. ¿Cocinó, lavó ropa ajena u otros servicios a particulares? .. 05. ¿Elaboró tortillas? ..... 06. ¿Hizo comida típica para vender (pupusas, tamales, etc)?... 07. ¿Elaboró algún otro producto en casa para vender?..... 08. ¿Ayudó a algún familiar en su negocio o trabajó sin remuneración? ..... 09. ¿Realizó alguna otra actividad para obtener ingresos?..... 10. No realizo ninguna actividad	<b>909. ¿POR QUÉ ( ... ) NO BUSCO TRABAJO?</b> 01. Creía que no había trabajo disponible en la zona 02. No sabía como buscar trabajo 03. Se cansó de buscar trabajo 04. Espera ciclo agrícola de Café 05. Espera ciclo agrícola de Caña 06. Espera ciclo agrícola de Algodón 07. Espera ciclo agrícola otros cultivos 08. Asiste a un centro de Educación Formal o está de vacaciones escolares 09. Por obligaciones familiares o personales 10. Enfermedad o accidente 11. Inhabilitado(a) por hecho violento 12. Quehaceres domésticos 13. Jubilado(a) o pensionado(a) 14. Discapacidad 15. No puede trabajar (anciano(a), etc.) 16. Asiste a un centro de formación o capacitación 17. Otros _____ (Especifique) 18. Ya encontró trabajo } <b>Pase a 909. A.</b> 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → <b>Regrese a 907 y anote código 1</b>																	
<b>SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1</b>																		
<b>905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE ( ... ) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ?</b>  1. Sí → <b>Pase a 906</b> 2. No	<b>909. ¿POR QUÉ ( ... ) NO BUSCO TRABAJO?</b> 01. Creía que no había trabajo disponible en la zona 02. No sabía como buscar trabajo 03. Se cansó de buscar trabajo 04. Espera ciclo agrícola de Café 05. Espera ciclo agrícola de Caña 06. Espera ciclo agrícola de Algodón 07. Espera ciclo agrícola otros cultivos 08. Asiste a un centro de Educación Formal o está de vacaciones escolares 09. Por obligaciones familiares o personales 10. Enfermedad o accidente 11. Inhabilitado(a) por hecho violento 12. Quehaceres domésticos 13. Jubilado(a) o pensionado(a) 14. Discapacidad 15. No puede trabajar (anciano(a), etc.) 16. Asiste a un centro de formación o capacitación 17. Otros _____ (Especifique) 18. Ya encontró trabajo } <b>Pase a 909. A.</b> 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → <b>Regrese a 907 y anote código 1</b>																	
<b>905. B. ¿TIENE ( ... ) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ?</b>  1. Sí → <b>Pase a 912</b> 2. No → <b>Pase a 907</b>	<b>909. A. SI DURANTE LA SEMANA ANTERIOR ( ... ) HUBIERA ENCONTRADO TRABAJO O CONSEGUIDO CLIENTES ¿HUBIERA ESTADO DISPUESTO(A) A TRABAJAR EN EL MISMO MOMENTO O MAS TARDAR EN 2 SEMANAS?</b>  1. Sí                      2. No																	
<b>906. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE ( ... ) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR?</b>  01. Vacaciones laborales 02. Incapacidad por enfermedad o accidente (con certificado médico cubierto por el ISSS) 03. Permisos o licencias (estudios, enfermedad y/o autorizados por la empresa) 03.1 Permiso o licencia por maternidad (pagada) 04. Huelgas o paro laboral 05. Cambio de turno 06. Suspensión laboral 07. Termino de temporada de trabajo 08. Falta de materia prima 09. Mal tiempo o fenómeno natural 10. Asuntos personales o familiares 11. Otro 12. No sabe	<b>910. ¿( ... ) HA TRABAJADO ANTES?</b>  1. Sí → <b>Pase a 914</b> 2. No → <b>Pase a 929</b>																	
<b>SI RESPONDIÓ ÍTEM DE 08 A 17 Y TIENE EDAD ENTRE 5 A 17 AÑOS PASE A PREGUNTA 910</b>																		
<b>FINALICE SECCIÓN</b>																		
<b>OCUPADOS(AS)</b>																		
<b>OCUPACIÓN PRINCIPAL</b>																		
<b>906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA ( ... ) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA?</b>  1. Sí → <b>Pase a 912</b> 2. No	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"><b>911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE ( ... ) LA SEMANA ANTERIOR?</b></td> <td style="width:10%; text-align:center;">Horas</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Días</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Jorn.</td> </tr> <tr> <td>A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE ( ... ) LA SEMANA ANTERIOR?</b>	Horas	Días	Jorn.	A. De lunes a viernes	1. De 7 AM a 6 PM				2. De 6 PM a 7 AM			B. De sábado a domingo	3. Mixta		
<b>911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE ( ... ) LA SEMANA ANTERIOR?</b>	Horas	Días	Jorn.															
A. De lunes a viernes	1. De 7 AM a 6 PM																	
	2. De 6 PM a 7 AM																	
B. De sábado a domingo	3. Mixta																	
<b>SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914</b>																		
<b>906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO ( ... ) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO?</b> 01. Ya se incorporó o regresará en esa misma semana 02. En cuatro semanas o menos 03. En más de 4 semanas 04. No hay seguridad de que regrese o cuando reinicie su actividad 05. No regresará 06. No sabe	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"><b>912. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA ( ... ) HABITUALMENTE A LA SEMANA?</b></td> <td style="width:10%; text-align:center;">Horas</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Días</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Jorn.</td> </tr> <tr> <td>A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>912. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA ( ... ) HABITUALMENTE A LA SEMANA?</b>	Horas	Días	Jorn.	A. De lunes a viernes	1. De 7 AM a 6 PM				2. De 6 PM a 7 AM			B. De sábado a domingo	3. Mixta		
<b>912. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA ( ... ) HABITUALMENTE A LA SEMANA?</b>	Horas	Días	Jorn.															
A. De lunes a viernes	1. De 7 AM a 6 PM																	
	2. De 6 PM a 7 AM																	
B. De sábado a domingo	3. Mixta																	
<b>SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914</b>																		
<b>DESOCUPADOS</b>																		
<b>907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES ( ... ) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?</b>  1. Sí 2. No → <b>Pase a 909</b>	<b>913. ¿POR QUÉ RAZÓN ( ... ) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS?</b>  01. No desea trabajar más horas 02. Reducción de actividad o falta de trabajo 03. Sólo encontró trabajo a tiempo parcial 04. Jornada habitual de trabajo 05. Razones familiares 06. Tiene otro trabajo 07. Por estudios 08. Por enfermedad o accidente 09. Inhabilitado(a) por hecho violento 10. Por quehaceres domésticos 11. Por discapacidad 12. Otros _____ (Especifique)																	

**SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO**

<b>914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE ( ... ) REALIZA (BA)?</b>		<b>INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE</b>																																								
_____ _____ _____		<b>924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA ( ... ) LA EFECTÚA:</b> 1. ¿En el hogar entrevistado?      2. ¿En otro lugar fijo?      3. ¿Se desplaza?																																								
<b>915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE ( ... ) DESEMPEÑA(BA)?</b>		<b>925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?</b>																																								
_____ _____ _____		\$ _____																																								
<b>916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) ( ... )?</b>		<b>926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE ( ... )?</b>																																								
_____ _____ _____		\$ _____																																								
<b>917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ( ... ) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:</b>		<b>927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?</b>																																								
01. ¿Empleador/a o patrono/a? 02. ¿Cuenta propia con local? 03. ¿Cuenta propia sin local? 04. ¿Cooperativista? 05. ¿Familiar no remunerado? 06. ¿Asalariado/a permanente? 07. ¿Asalariado/a temporal? 08. ¿Aprendiz? 09. ¿Servicio doméstico? 10. Otros _____ (Especifique)		01. Sí      02. No --- Pase a 929  ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS ( ... ) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?																																								
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)</b>		<b>PASE A PREGUNTA 929</b>																																								
<b>917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ( ... ) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:</b>		<b>928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?</b>																																								
01. ¿Empleador/a o patrono/a? 02. ¿Cuenta propia con local? 03. ¿Cuenta propia sin local? 04. ¿Cooperativista? 05. ¿Familiar no remunerado? 06. ¿Asalariado/a permanente? 07. ¿Asalariado/a temporal? 08. ¿Aprendiz? 09. ¿Servicio doméstico? 10. Otros _____ (Especifique)		01. Terminó su contrato de trabajo      04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo      05. Otros: _____ (Especifique)																																								
<b>SI PREGUNTA 910 ES 1 PASE A PREGUNTA 928</b>		<b>OTROS INGRESOS NO LABORALES</b>																																								
<b>918. ¿HA FIRMADO ( ... ) CONTRATO DE TRABAJO?</b>		<b>929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ ( ... ) INGRESOS POR:</b>																																								
1. Sí      2. No      3. No sabe, no responde SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿POR CUÁNTO TIEMPO?		01. Empleo secundario?.. 02. ¿Ayuda de familiares o amigos/as que residen en el país?.. 03. ¿Cuota alimenticia?..... 04. ¿Alquiler de viviendas?..... 05. ¿Alquiler de negocios o máquinas?..... 06. ¿Alquiler de terrenos?..... 07. ¿Jubilación, pensión de invalidez o vejez?..... 08. ¿Depreciación de vehículo?..... 09. ¿Pensión por sobrevivencia? .. 10. ¿Ahorros? .. 11. ¿Otros ingresos mensuales?..... (Especifique)																																								
<b>SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920</b>		<b>OTROS INGRESOS ANUALES</b>																																								
<b>919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA ( ... )?</b>		<b>930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO ( ... ) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?</b>																																								
1. Privado      2. Público		01. Utilidades empresariales..... 02. Dividendo por acciones..... 03. Intereses..... 04. Herencias, loterías, juegos de azar..... 05. Indemnización por retiro o despido..... 06. Ayuda del gobierno en efectivo..... 07. Por actividades eventuales..... 08. Arrendamiento de tierras..... 09. Remesas eventuales del exterior..... 10. Remesas eventuales locales..... 11. Ayuda en especie del exterior (vestuario, juguetes, medicinas)..... 11. Aguinaldo..... 12. Otros _____ (Especifique)																																								
<b>920. ¿( ... ) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO</b>		<b>ALIMENTOS Y OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES</b>																																								
1. Sí, afiliado(a) 2. Sí, beneficiario(a) 3. No <b>SI PREGUNTA 917 ES 1 A 3 PASE A PREG. 924</b>		<b>931. ¿LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">SI</th> <th rowspan="2">VECES A LA SEMANA</th> <th colspan="2">MONTO</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>Dólares</th> <th>Centavos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Alimentos (desayuno, almuerzo, cena y refrigerio)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Transporte público</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Combustible, reparación de vehículo</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Hospedaje</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SI		VECES A LA SEMANA	MONTO		1	2	Dólares	Centavos	1. Alimentos (desayuno, almuerzo, cena y refrigerio)	1	2				2. Transporte público	1	2				3. Combustible, reparación de vehículo	1	2				4. Hospedaje	1	2								
	SI		VECES A LA SEMANA		MONTO																																					
	1	2		Dólares	Centavos																																					
1. Alimentos (desayuno, almuerzo, cena y refrigerio)	1	2																																								
2. Transporte público	1	2																																								
3. Combustible, reparación de vehículo	1	2																																								
4. Hospedaje	1	2																																								
<b>921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO ( ... ) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?</b>		<b>932. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO ( ... ) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?</b>																																								
1. Diaria 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Por obra o destajo (promedio mensual) 6. No recibe salario en efectivo → Pase a 923, si en pregunta 917 responde códigos 5 u 8		1. Sí      Mz.      2. No																																								
<b>922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ ( ... ) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?</b>		<b>933. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 ¿HA REALIZADO ( ... ) ACTIVIDADES COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?</b>																																								
\$ _____ (Especifique)		1. Sí      2. No → Pase a 936																																								
<b>923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>		<b>934. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?</b>																																								
(Indique monto y periodicidad) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MONTO (\$)</th> <th>VECES AL AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Pago por horas extras.....</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>02. Salario vacacional.....</td><td>02</td><td></td></tr> <tr><td>03. Aguinaldo.....</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>04. Bonificaciones, comisiones, viáticos.....</td><td>04</td><td></td></tr> <tr><td>05. Alimentos o refrigerios.....</td><td>05</td><td></td></tr> <tr><td>06. Ropa, uniformes o calzado.....</td><td>06</td><td></td></tr> <tr><td>07. Mercaderías (en especie).....</td><td>07</td><td></td></tr> <tr><td>08. Vivienda.....</td><td>08</td><td></td></tr> <tr><td>09. Transporte o combustible.....</td><td>09</td><td></td></tr> <tr><td>10. Seguro privado de salud.....</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11. Propinas.....</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12. Otros.....</td><td>12</td><td></td></tr> </tbody> </table> (Especifique)			MONTO (\$)	VECES AL AÑO	01. Pago por horas extras.....	01		02. Salario vacacional.....	02		03. Aguinaldo.....	03		04. Bonificaciones, comisiones, viáticos.....	04		05. Alimentos o refrigerios.....	05		06. Ropa, uniformes o calzado.....	06		07. Mercaderías (en especie).....	07		08. Vivienda.....	08		09. Transporte o combustible.....	09		10. Seguro privado de salud.....	10		11. Propinas.....	11		12. Otros.....	12		\$ _____	
	MONTO (\$)	VECES AL AÑO																																								
01. Pago por horas extras.....	01																																									
02. Salario vacacional.....	02																																									
03. Aguinaldo.....	03																																									
04. Bonificaciones, comisiones, viáticos.....	04																																									
05. Alimentos o refrigerios.....	05																																									
06. Ropa, uniformes o calzado.....	06																																									
07. Mercaderías (en especie).....	07																																									
08. Vivienda.....	08																																									
09. Transporte o combustible.....	09																																									
10. Seguro privado de salud.....	10																																									
11. Propinas.....	11																																									
12. Otros.....	12																																									
<b>924. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?</b>		<b>935. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?</b>																																								
\$ _____		\$ _____																																								
<b>925. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO ( ... ) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?</b>		<b>936. ¿ EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?</b>																																								
1. Sí      2. No → FINALICE SECCIÓN		Consumo del hogar \$ _____ Comercialización \$ _____																																								
<b>PASE A PREGUNTA 929</b>		<b>PASE A PREGUNTA 929</b>																																								

## CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

1. Información confiable 2. Información poco confiable 3. Información no confiable

## CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR EL SUPERVISOR

<p>1</p> <p>NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR</p> <input type="text"/>	<p>2</p> <p>PERSONAS DE 4 AÑOS DE EDAD Y MÁS</p> <input type="text"/>	<p>3</p> <p>PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD</p> <input type="text"/>	<p>4</p> <p>NÚMERO DE PERSONAS ENTRE 2 Y 17 AÑOS</p> <input type="text"/>	<p>5</p> <p>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p> <input type="text"/>
---	---	---	---	--

## IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE OFICINA

<p>NOMBRE DEL TÉCNICO(A) DE ENCUESTAS <b>A</b></p> <hr/> <hr/> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>	<p>NOMBRE DEL TÉCNICO DE CONTROL DE CALIDAD <b>B</b></p> <hr/> <hr/> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>	<p>NOMBRE DEL CRÍTICO(A) CODIFICADOR(A) <b>C</b></p> <hr/> <hr/> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>	<p>NOMBRE DEL DIGITADOR(A) <b>D</b></p> <hr/> <hr/> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>
---	---	---	--