

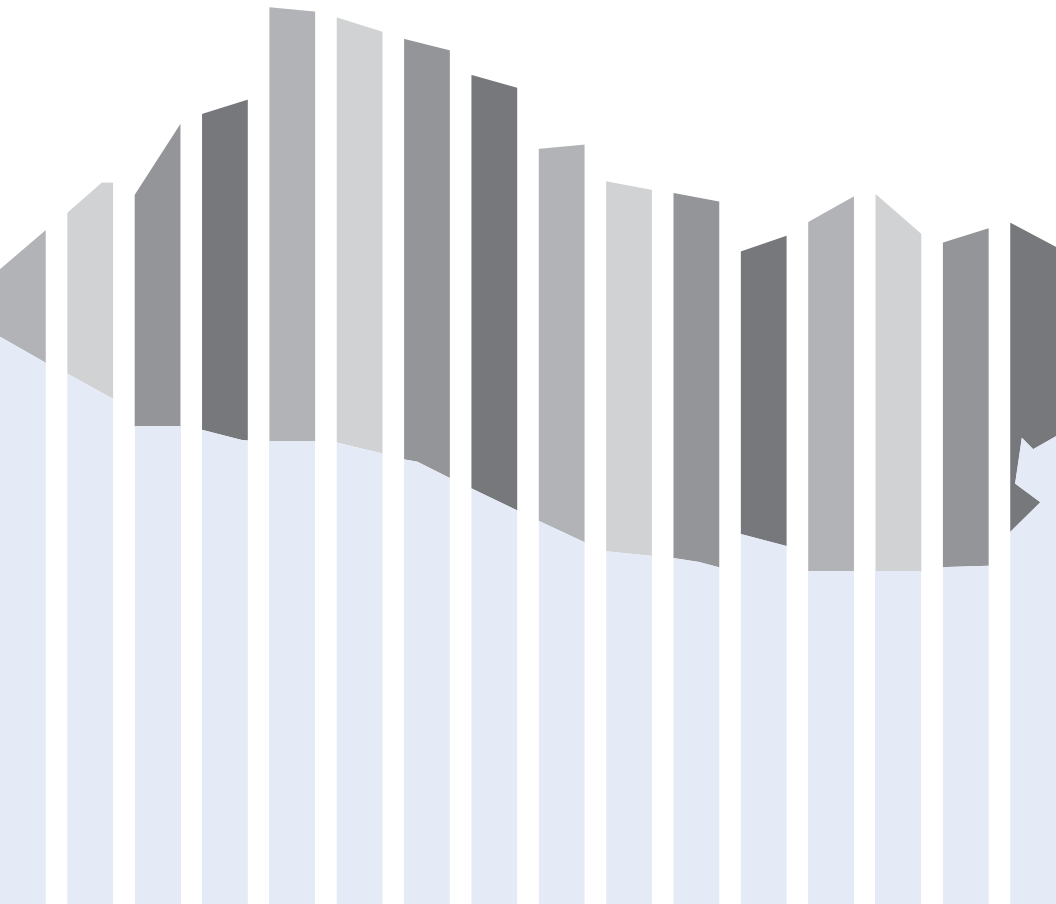


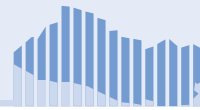
Salvador Cumple
GOBIERNO DE EL SALVADOR



Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2015

Primera Lectura de Datos
Mayo de 2016



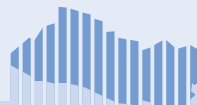


PRESENTACIÓN

Art. 31 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: " 1. Los Estados partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. ... 2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones... así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos."

El Gobierno de la República de El Salvador, comprometido con generar información y estadísticas para identificar algunas condiciones en que se encuentra actualmente la población con discapacidad en El Salvador, busca orientar acciones, programas y políticas públicas que les permitan alcanzar mejores condiciones de vida, lograr el objetivo de país y el desarrollo humano para el buen vivir; enmarcados en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019.

Para lo cual se desarrolló en el período comprendido de mayo a agosto de 2015, la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, de la cual se brinda el primer avance en la obtención de sus resultados.



INTRODUCCIÓN

Los resultados del presente documento, constituyen el primer avance de los hallazgos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad al 2015 y reflejan un esfuerzo conjunto y coordinado de instituciones del Gobierno de la República a cargo del Presidente Profesor Salvador Sánchez Cerén, a través de la Secretaría Técnica y de Planificación y coordinado por el Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad, CONAIPD, la Dirección General de Estadísticas y Censos, DIGESTYC, con el apoyo técnico de la Oficina de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.

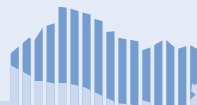
Se trata de una primera lectura de los resultados de la encuesta, ya que se continúa el proceso de análisis para posteriormente presentar resultados finales entre los que se destaca adicionalmente la caracterización de la población con discapacidad. Todo con la finalidad de orientar los esfuerzos para la eliminación efectiva y gradual de las barreras a la participación de las personas con discapacidad, que aún presenta la sociedad Salvadoreña.

El análisis de los datos refleja que la mayoría de la población con discapacidad se concentra en las edades de 25 a 64 años y más de esa edad, lo cual equivale al 80% del total de personas con discapacidad; el grado de escolaridad de esta población, es bajo y revela que a nivel nacional, en promedio, se alcanza el cuarto grado y en otros indicadores relevantes como el analfabetismo, también se marca una brecha a la cual hay que darle la prioridad e importancia desde las políticas públicas. Los datos encontrados, nos permiten comprender la relación entre la exclusión educativa a la que estuvo expuesta la población que actualmente tiene entre 25 y 64 años y más, el no contar con las oportunidades para desarrollar competencias profesionales

en consecuencia, ha generado una relación causal con respecto a la oportunidad de competir en el mercado laboral y aspirar a mejores condiciones socioeconómicas; y desde luego, a la falta de oportunidad para cotizar en el sistema previsional cuando ya la persona ha alcanzado la adultez por lo que la gran mayoría no tiene acceso a una pensión por vejez, lo cual constituye un reto como país.

Otro hallazgo importante ha sido que la niñez y adolescencia reflejan una mayor participación en los diferentes ámbitos principalmente en la educación, lo cual estaría siendo abonado por las políticas públicas actuales que brindan más oportunidades para la asistencia escolar a esa población.

De allí la importancia de identificar oportunamente, a las personas con discapacidad para visibilizarlas en las políticas públicas y garantizar cada uno de sus derechos, por ejemplo, el acceso a la educación, a la salud y al empleo prioritariamente.



CONTENIDO

I.	Objetivos	9
II.	Importancia de la Encuesta	10
III.	Metodología	11
IV.	Contenido de la boleta	13
V.	Principales resultados	14



TABLAS Y GRÁFICOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

- Gráfico No. 1 - Población total por área geográfica y sexo
Tabla No. 1 - Tasa de prevalencia de personas con discapacidad (%)
Tabla No. 2 - Población total por área y sexo, según grupos de edad
Tabla No. 3 - Población con discapacidad por área y sexo, según grupos de edad
- Gráfico No. 2 - Población con discapacidad por edades y género
Gráfico No. 3 - Personas con discapacidad por área geográfica y sexo
Gráfico No. 4 - Personas con discapacidad por sexo, según número de deficiencias reportadas
- Gráfico No. 5 - Personas con discapacidad por sexo según tipo de deficiencia
- Gráfico No. 6 - Población con discapacidad de 0 a 17 años de edad, por área geográfica y sexo
- Gráfico No. 7 - Hogares con al menos una persona con discapacidad por área geográfica y sexo de la jefatura
- Gráfico No. 8 - Hogares en los que habita al menos una persona con discapacidad, según forma de tenencia del servicio de agua y área geográfica

INDICADORES DE EDUCACIÓN

- Tabla No. 4 - Distribución de la población con discapacidad por edad, área geográfica y asistencia escolar
- Tabla No. 5 - Distribución de la población con discapacidad que no estudia según sexo, y razón por la que no estudia
- Gráfico No. 9 - Escolaridad promedio de las personas con discapacidad
- Gráfico No. 10 - Analfabetismo de las personas con discapacidad, por sexo, respecto al promedio nacional

INDICADOR DE ACCESO A LA SALUD, HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

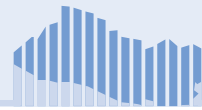
- Gráfico No. 11 - Centros de atención a los cuales asiste para recibir atención en salud, habilitación y rehabilitación

INDICADOR DE EMPLEO

- Tabla No. 6 - Personas con discapacidad ocupadas de 16 años y más por sexo, y por categoría ocupacional

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

- Tabla No. 7 - Percepción de la accesibilidad a la salud, educación y empleo
- Tabla No. 8 - Distribución de la población con discapacidad por área y sexo, según medio de comunicación y si tiene dificultad para utilizarlo



OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

General:

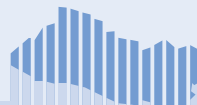
Obtener información sobre las características socioeconómicas de la población con discapacidad, que sirva de insumo para planificación de las políticas públicas destinadas a ese sector de la población.

Específicos:

1. Obtener información sociodemográfica, de educación y de mercado de trabajo que caracterice a la población y de manera particular a la persona con discapacidad.
2. Obtener información sobre las limitaciones que presenta la población con discapacidad para desarrollar sus actividades cotidianas.

II IMPORTANCIA DE LA ENCUESTA

- El instrumento de recopilación de datos de la encuesta, ha sido elaborado tomando en cuenta los preceptos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y ha contado con la participación de la sociedad civil organizada de las Personas con Discapacidad, junto con representantes de las diferentes instituciones gubernamentales que conforman el Consejo y la dirección técnica de la DIGESTYC.
- El Salvador cuenta con datos estadísticos específicos de personas con discapacidad que permiten llevar a cabo comparaciones con países amigos así como construir la base para llevar a cabo propuestas nacionales e internacionales que contribuyan al desarrollo personal y social.
- Recoge información valiosa de niñez con discapacidad que no se poseía en el país de manera unificada.



III METODOLOGÍA

Tipo de Muestreo:

- Probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados
- Cobertura a nivel de país en los 14 departamentos
- Por área geográfica, urbana y rural
- Por densidad de personas con discapacidad con base en el Censo Poblacional 2007.
- Los dominios de estimación considerados permiten estimaciones a nivel total país, urbano y rural. Por otra parte, desagregaciones fuera del contexto de esta muestra serían no confiables.

Metodología aplicada:

La encuesta se realizó aplicando un cuestionario modular que fue aprobado por la mesa técnica del CONAIPD y DIGESTYC.

Su aplicación fue diseñada para obtener información a nivel nacional, área urbana y rural así como información agregada a nivel de regiones. Cuando se identificó que en el hogar habían personas con discapacidad, la encuesta se hizo directamente y si estaban en condición de responderla, de lo contrario respondió el informante principal.

En el caso de la sección 2, el grupo de población de 2 a 17 años, cuando en el hogar habían varias personas en ese grupo de edad, se utilizó la tabla aleatoria de Kish, para seleccionar a la persona a la que se le tenía que hacer la encuesta. Esto por dos razones:

- No era posible hacérselas a todos
- Para no dejar a discreción del encuestador la selección respectiva.

Alcance de la investigación

Se identifican tres módulos, uno sociodemográfico, un módulo de niñez y el módulo de discapacidad, mediante la cual se obtuvo

información socioeconómica referida a información relacionada a la generación de ingreso, gastos del hogar, actividades productivas que realizan e información sobre las características educativas. Además de recoger información sobre las condiciones de la vivienda, lo cual es de mucha relevancia para el análisis de vulnerabilidad en relación a la protección que proporciona el contar con una vivienda y el acceso a los servicios básicos; entre otros, participación ciudadana y el ejercicio de derechos.

En referencia a la discapacidad, se llevó a cabo una clasificación que establecía las limitaciones para realizar actividades diarias; esta sección tiene como objetivo investigar aquellas limitaciones o dificultades que las personas puedan tener al interactuar en su entorno. 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.

- **Alcance temporal:**

Levantamiento de información en un periodo de tres meses, con supervisión de DIGESTYC.

Trabajo de gabinete durante cuatro meses incluyendo procesos de control y codificación, digitación y revisión de depuración de la base de datos.

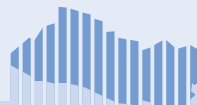
- **Alcance muestral y geográfico:**

El total de viviendas que compone la muestra es de 6,150

Geográficamente tiene una cobertura a nivel nacional, urbano, rural y así como información agregada a nivel de regiones.

- **Vinculación de la información entre secciones:**

Por la estructura de la boleta que le da el carácter multiseccional, podrá vincularse información con los diferentes módulos de la encuesta. Para esto su punto de conexión general será la sección de demografía a partir de la cual se hará el análisis vinculado a las personas.



IV. CONTENIDO DE LA BOLETA

- SECCIÓN 0: ABANDONO DE MENORES DE 18 AÑOS Y TABLA KISH
- SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Secciones de Discapacidad: Permiten identificar el porcentaje de personas con discapacidad y caracterizar la discapacidad

- SECCIÓN 2: LIMITACIONES Y DIFICULTADES GRAVES O IMPORTANTES QUE TIENEN EN LA ACTUALIDAD NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (2-4) (5-17)
- SECCIÓN 3: CLASIFICACIÓN DE LAS LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS
- SECCIÓN 4: LIMITACIONES O DIFICULTADES PERMANENTES
- SECCIÓN 5: SALUD, HABILITACION Y/O REHABILITACIÓN
- SECCIÓN 6: ACCESIBILIDAD

Secciones de características generales

- SECCIÓN 7: EDUCACIÓN
- SECCIÓN 8: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA
- SECCIÓN 8.A: GASTO DEL HOGAR
- SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO

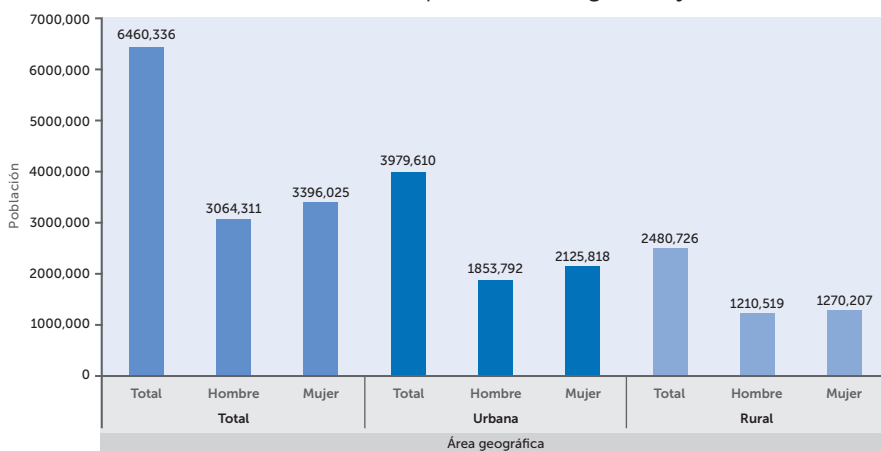


V. PRINCIPALES RESULTADOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Gráfico 1

Población total por Área Geográfica y Sexo



El dato de población corresponde a la Encuesta de Personas con Discapacidad

INDICADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Tabla No. 1

Tasa de prevalencia de personas con discapacidad (%)

$$\text{Tasa de Prevalencia de Personas con Discapacidad} = \frac{\text{Personas con discapacidad}}{\text{Población Total}} = \frac{410,798}{6,460,336} = 6.4$$

La tasa de prevalencia al 2015, es del 6.4% del total de la población salvadoreña, indicando que 410,798 personas en El Salvador tienen algún tipo de discapacidad

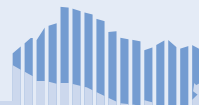


Tabla No. 2

Población total por área y sexo, según grupos de edad

Grupos de edad	Total			Urbano			Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
0 a 12 años	1407,205	725,616	681,589	808,296	409,664	398,632	598,909	315,952	282,957
13 a 18 años	868,329	453,450	414,879	499,994	255,957	244,037	368,335	197,493	170,842
19 a 24 años	792,469	378,091	414,378	469,959	217,772	252,187	322,510	160,319	162,191
25 a 64 años	2851,608	1270,052	1581,556	1859,654	828,641	1031,013	991,954	441,411	550,543
65 años y más	540,725	237,102	303,623	341,707	141,758	199,949	199,018	95,344	103,674
Total	6460,336	3064,311	3396,025	3979,610	1853,792	2125,818	2480,726	1210,519	1270,207

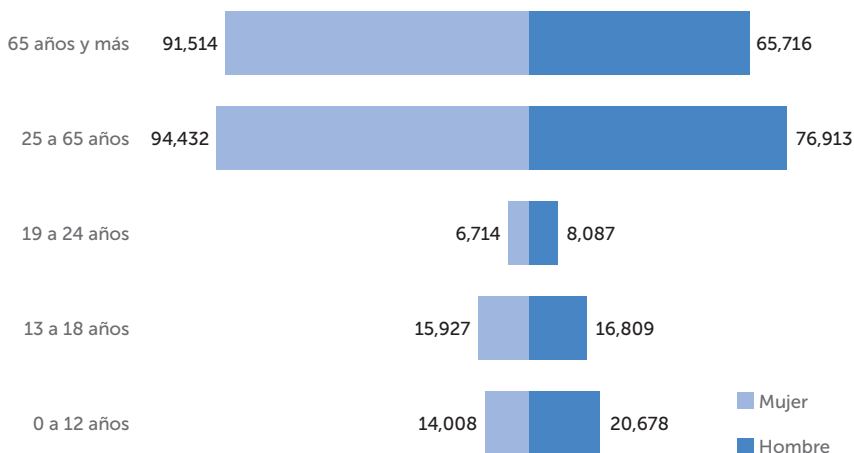
Tabla No. 3

Población con discapacidad por área y sexo, según grupos de edad

Grupos de edad	Total			Urbano			Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
0 a 12 años	34,686	20,678	14,008	19,932	11,976	7,956	14,754	8,702	6,052
13 a 18 años	32,736	16,809	15,927	20,196	10,159	10,037	12,540	6,650	5,890
19 a 24 años	14,801	8,087	6,714	8,793	5,070	3,723	6,008	3,017	2,991
25 a 64 años	171,345	76,913	94,432	112,623	49,093	63,530	58,722	27,820	30,902
65 años y más	157,230	65,716	91,514	99,371	41,384	57,987	57,859	24,332	33,527
Total	410,798	188,203	222,595	260,915	117,682	143,233	149,883	70,521	79,362

Gráfico 2

Población con discapacidad por edades y género



Los resultados arrojan que la población de 0 a 18 años asciende a 67,422 niños, niñas y adolescentes, equivalentes al 16.4% del total de la población.

Las mujeres con discapacidad alcanzan el mayor porcentaje 54.2%, en tanto los hombres el 45.8%.

La mayor concentración de personas con discapacidad se encuentra en edades de 25 a 64 años y en edades de 65 años y más, lo cual equivale al 80%.

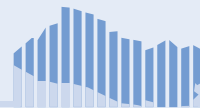


Gráfico 3

Personas con discapacidad por área geográfica y sexo

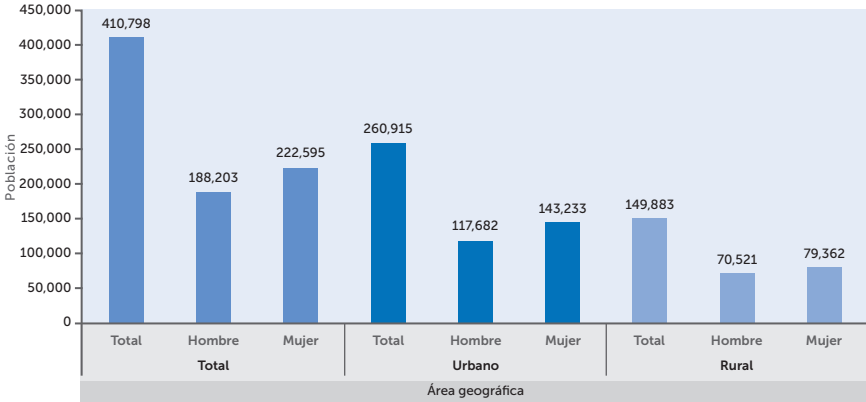
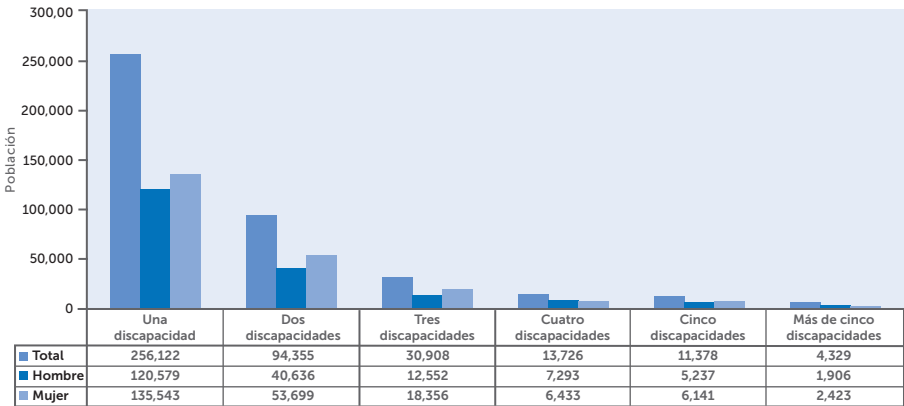


Gráfico 4

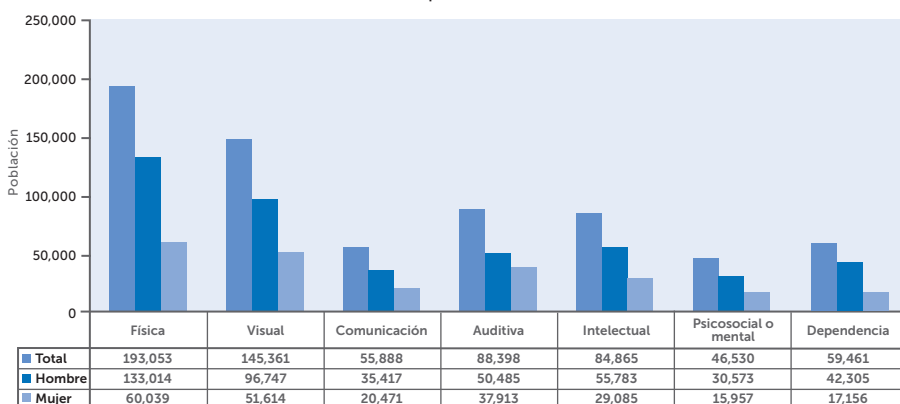
Personas con discapacidad por sexo, según número de deficiencias reportadas



El 62% de la población en estudio, posee un tipo de deficiencia, el 23% posee de dos tipos, el 7.5% posee tres deficiencias, el 3.3% cuatro deficiencias, el 2.8% cinco y el 1.1% tiene más de cinco deficiencias.



Gráfico 5
Personas con discapacidad por sexo según
tipo de deficiencia



Nota: El tipo de deficiencia corresponde a las reportadas por las personas que señalaron tener más de una de estas, que es mayor al número de personas con discapacidad.

En el gráfico No. 5, muestra a las personas que manifestaron tener una o más tipos de deficiencias, pudiéndose observar el predominio de la física y la visual, seguida de la discapacidad auditiva, intelectual y psicosocial o mental. Asimismo se obtiene la información de las personas que tienen una deficiencia en la comunicación, referida a dificultades en la voz y el habla y un dato relevante se refiere a la cuantificación de las personas que debido a su condición, requieren de apoyo de otra persona para las actividades de la vida diaria, clasificados como dependencia, que ascienden a 59,461 personas, equivalente al 14.5% de la población con discapacidad.

La deficiencia en la comunicación y la dependencia, pueden estar asociadas a su vez, a otra condición de discapacidad.

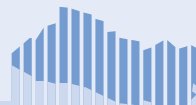
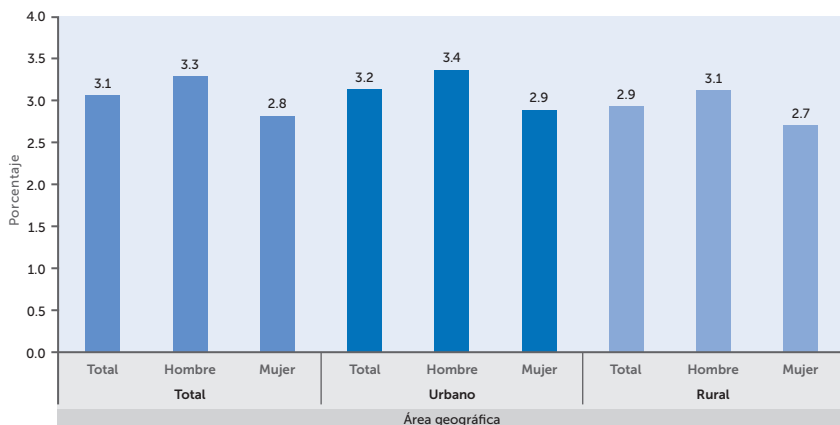


Gráfico 6

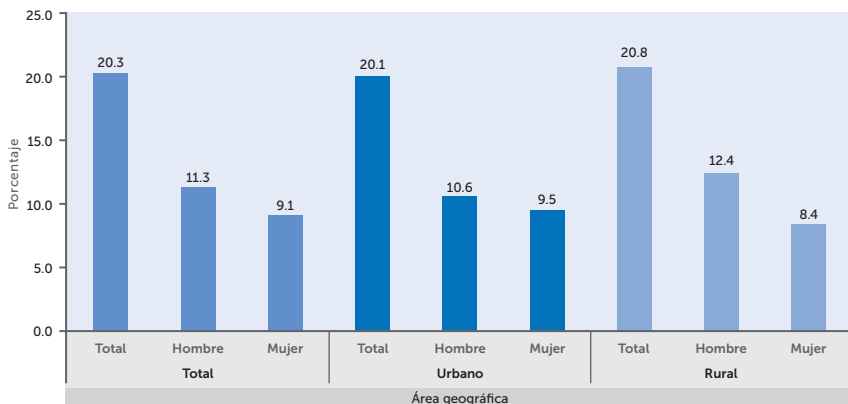
Población con discapacidad de 0 a 17 años de edad, por área geográfica y sexo



En el gráfico No. 6, es relevante identificar que el 3.1% de la niñez y adolescencia en edad de 0 a 17 años, presenta una discapacidad; la variación entre urbano y rural no es relevante, pero sí el hecho que en este tramo de edad, la proporción de niños es mayor que de las niñas. El indicador es con base a la población total de país en esas edades.

Gráfico 7

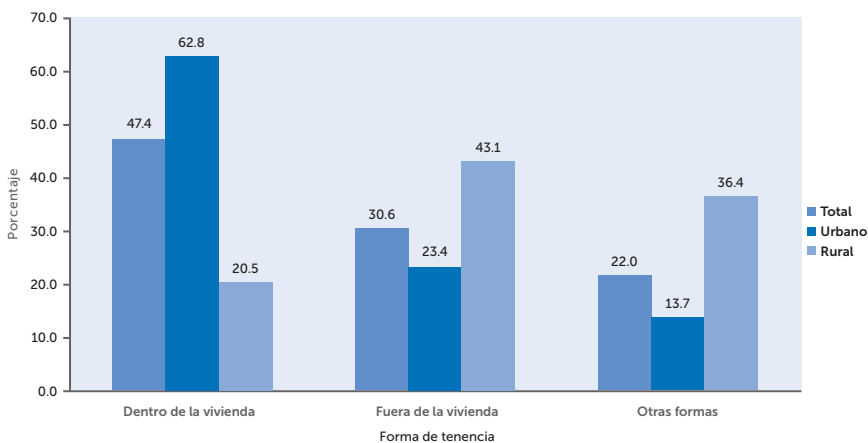
Hogares con al menos una persona con discapacidad por área geográfica y sexo de la jefatura



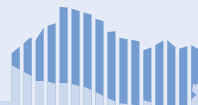
La cantidad de hogares que reporta la Encuesta en los cuales habita al menos una persona con discapacidad es el 20.3% del total de hogares, que en números absolutos asciende a 344,070 hogares. Aún cuando la relación porcentual es bastante parecida en el área urbana como en el área rural, la densidad poblacional en las áreas urbanas, marca una diferencia en valores absolutos, registrando 216,587 hogares en el área urbana y 127,483 hogares en el área rural en los que habita al menos una persona con discapacidad.

Gráfico 8

Hogares en los que habita al menos una persona con discapacidad, según forma de tenencia del servicio de agua y área geográfica



Se han medido una serie de factores referidos a las características de las viviendas, entre ellas aspectos de accesibilidad, equipamiento, forma de tenencia, construcción y salubridad y en este último caso referido al acceso al agua, en el gráfico No. 8 se puede observar que el 47.4% de las viviendas posee el servicio dentro de la vivienda, el 30.6% fuera de la vivienda y el 22% obtiene el recurso por otras formas, siendo el área rural que presenta más desventajas.



INDICADORES DE EDUCACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Tabla No. 4

Distribución de la población con discapacidad por, edad, área geográfica y asistencia escolar

Grupo de edad	Asistencia escolar	Total	Urbano	Rural
Menor de 12 años	Asiste actualmente	77.1%	71.5%	84.1%
	No asiste pero asistió alguna vez	5.6%	8.8%	1.7%
	Nunca asistió	17.3%	19.8%	14.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
13 a 18 años	Asiste actualmente	55.8%	58.6%	51.3%
	No asiste pero asistió alguna vez	33.1%	32.8%	33.7%
	Nunca asistió	11.1%	8.7%	15.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
19 a 24 años	Asiste actualmente	19.9%	22.6%	15.9%
	No asiste pero asistió alguna vez	49.4%	55.5%	40.4%
	Nunca asistió	30.8%	21.9%	43.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
25 a 64 años	Asiste actualmente	0.6%	0.9%	0.0%
	No asiste pero asistió alguna vez	75.0%	80.3%	64.9%
	Nunca asistió	24.4%	18.8%	35.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
65 años y más	Asiste actualmente	0.0%	0.0%	0.0%
	No asiste pero asistió alguna vez	55.2%	65.4%	37.8%
	Nunca asistió	44.8%	34.6%	62.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Asiste actualmente	11.5%	10.7%	13.0%
	No asiste pero asistió alguna vez	57.7%	65.1%	44.8%
	Nunca asistió	30.8%	24.2%	42.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

La Tabla No. 4 muestra, que en términos porcentuales en total, el 57.3% de las personas con discapacidad, no asiste pero asistió alguna vez a la escuela; que un 11.5% de la población asiste actualmente a la escuela a diferentes niveles educativos y el 30.8% nunca asistió.

Tabla No. 5

Distribución de la población con discapacidad que no estudia según sexo, y razón por la que no estudia

Razón por la que no estudia	Total		
	Total	Hombre	Mujer
Necesita trabajar	21.6%	29.1%	15.1%
Causas del hogar	5.6%	3.5%	7.5%
Muy caro	2.9%	2.4%	3.4%
Enfermedad	2.2%	2.6%	1.8%
Discapacidad	16.2%	19.5%	13.2%
Padre y/o madre no quieren	1.9%	1.4%	2.4%
Por la edad	33.8%	26.9%	39.9%
Finalizó sus estudios	2.6%	2.5%	2.7%
No hay escuela cercana	1.1%	1.1%	1.1%
No le interesa	6.5%	9.5%	3.8%
Repite mucho	0.5%	0.2%	0.8%
Quehaceres domésticos	2.8%	0.1%	5.2%
Centro de enseñanza inhabilitado	0.2%	0.0%	0.4%
No hay escuela para adultos	1.5%	1.3%	1.7%
Otra	0.6%	0.0%	1.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

La Tabla No. 5, clasifica las diferentes causas por las cuales ya no asistieron a la escuela y refleja que el mayor porcentaje de personas con discapacidad que no estudian es por motivos de sobriedad, lo cual refleja que no tuvieron la oportunidad de ir a la escuela, seguido de la necesidad de un trabajo y luego por razones de discapacidad.

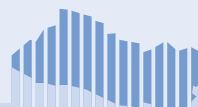
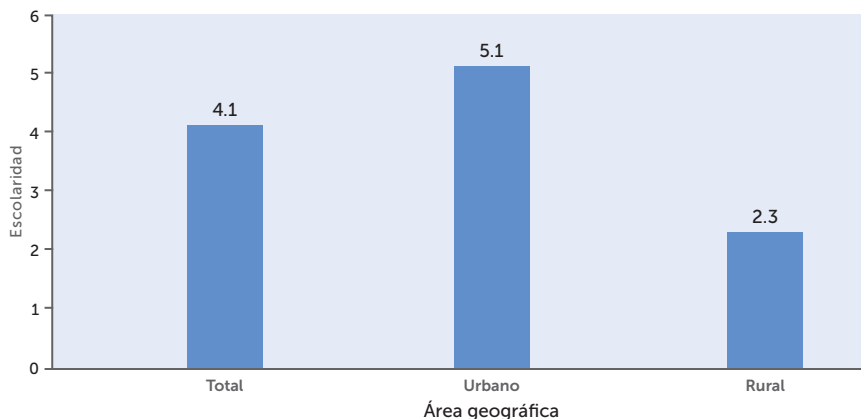


Gráfico No. 9

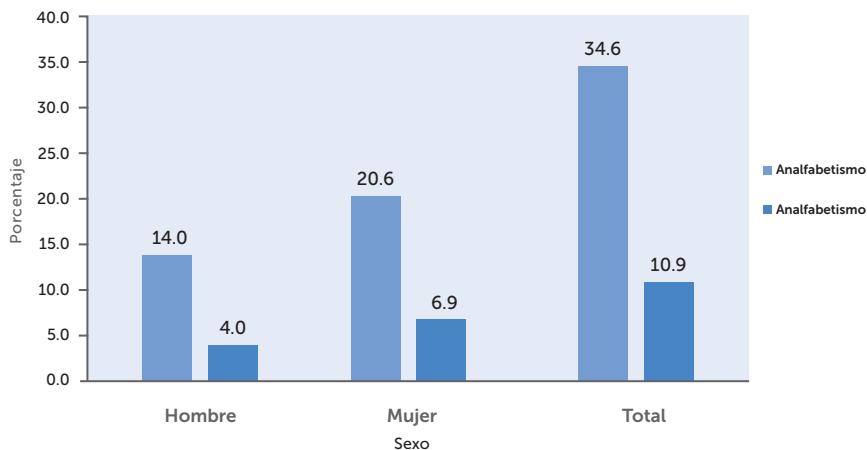
Escolaridad promedio de las personas con discapacidad



La población con discapacidad se caracteriza por un bajo nivel de escolaridad, y la encuesta arroja resultados que reflejan que el grado máximo de escolaridad de personas con discapacidad como promedio, llega al cuarto grado; no obstante a nivel del área urbana, alcanza un quinto grado, seguido de un segundo grado para el área rural.

Gráfico No. 10

Analphabetismo de las personas con discapacidad, por sexo, respecto al promedio nacional



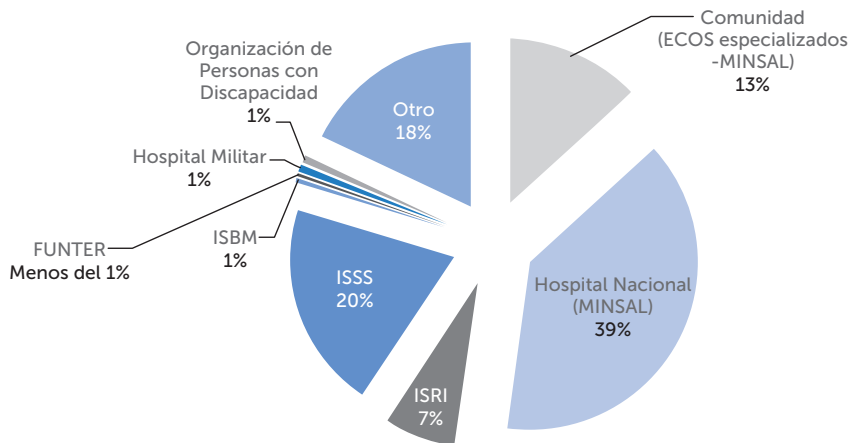
En el gráfico No. 10, se reflejan datos comparativos del porcentaje de analfabetismo, a nivel nacional de toda la población, el cual alcanza el 10.9%. Para las personas con discapacidad dicha tasa es mucho más alta siendo el 34.6%, y las mujeres son las que ostentan la tasa más alta del 20.6% con respecto a los hombres que tienen el 14.0%.

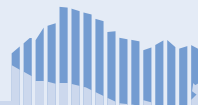
INDICADOR DE ACCESO A LA SALUD, HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

Gráfico No. 11

Centros de atención a los cuales asiste para recibir atención en salud, habilitación y rehabilitación

Personas con discapacidad, según los lugares a los que acudieron para obtener servicios de salud, habilitación y rehabilitación





De las personas con discapacidad que hacen uso de los servicios de salud, habilitación y rehabilitación, el 13% acuden a los ECOS de la Comunidad y Especializados, el 39% al sistema hospitalario nacional; un 20% acuden al ISSS*; en cuanto a la asistencia por parte de organizaciones de Personas con Discapacidad y otras instituciones el resultado es del 1% o cercano a ese valor. La atención que se reporta en otras instituciones es del 18%.

INDICADOR DE EMPLEO

Tabla No. 6

Personas con discapacidad ocupadas, de 16 años y más por sexo, y por categoría ocupacional

Nivel	Total	Hombre	Mujer
Empleador(a) o patrono(a)	3,004	2,606	398
Cuenta propia con local	14,274	6,429	7,845
Cuenta propia sin local	45,659	25,516	20,143
Familiar no remunerado	6,902	2,707	4,195
Asalariado permanente	29,766	20,362	9,404
Asalariado temporal	15,335	12,001	3,334
Servicio doméstico	6,249	312	5,937
Total	121,189	69,933	51,256

En la Tabla No. 6 refleja datos sobre el número de personas arriba de 16 años que cuentan con un trabajo, siendo relevante destacar que la mayoría de las personas realiza un trabajo por cuenta propia, en el sector informal y cómo las mujeres tienen menor oportunidad de empleo y destaca el rol que desempeñan de familiar no remunerado así como en el servicio doméstico.

* En calidad de cotizantes y beneficiarios.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

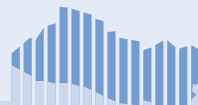
Tabla No. 7

Percepción de la accesibilidad a la salud, educación y empleo

Lugar	Tiene dificultad para hacer uso de los servicios	Total		
		Total	Hombre	Mujer
Establecimiento de salud	Sí	62.7%	61.9%	63.2%
	No	37.3%	38.1%	36.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Institución educativa	Sí	38.9%	40.0%	37.6%
	No	61.1%	60.0%	62.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Negocio, organismo o empresa donde trabaja	Sí	20.6%	22.5%	17.8%
	No	79.4%	77.5%	82.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

En la Tabla No. 7, se muestran los resultados que fueron consultados sobre la percepción que tienen las personas con discapacidad en cuanto la accesibilidad arquitectónica, que tienen que ver con la existencia de rampas, barandas, servicios sanitarios para personas con discapacidad, etc, a fin de medir el grado de dificultad que tenían para acceder a los diferentes servicios en general, públicos o privados a los que asisten para recibir servicios de salud, educación y lugar de trabajo. Las barreras en el entorno, miden el nivel de participación de las personas en el acceso a sus derechos.

El mayor porcentaje de personas con discapacidad, equivalente al 62.7% reflejan que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud, siendo el 37.3% que no refiere tener dificultades para el acceso a los servicios de salud.



En educación se cuenta que el 61.1% no tiene dificultades para acceder a los servicios de educación, de cara al 38.9% que refiere si tener dificultades.

Con respecto al acceso para servicios de negocios, organismos o empresas donde trabajan, la población con discapacidad refiere en un 79.4% no tener dificultades y el 20.6% refiere tener dificultades para su acceso.

Tabla No. 8

Distribución de la población con discapacidad por área y sexo, según medio de comunicación y si tiene dificultad para utilizarlo

Medio de comunicación	Tiene dificultad	Total		
		Total	Hombre	Mujer
Radio	Sí	25.7%	27.6%	24.2%
	No	74.3%	72.5%	75.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Televisión	Sí	31.3%	34.1%	28.9%
	No	68.7%	65.9%	71.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Periódicos o revistas	Sí	34.3%	34.4%	34.3%
	No	65.7%	65.7%	65.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Afiches, paneles y letreros	Sí	32.0%	31.9%	32.0%
	No	68.0%	68.1%	68.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Internet	Sí	24.4%	23.2%	25.4%
	No	75.6%	76.8%	74.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Se puede identificar por tipo de medio de comunicación el nivel de acceso que tienen las personas con discapacidad para obtener información de su entorno.

El 74% de la población con discapacidad, refiere no tener dificultades de acceso para el radio, en contraste con el 25.7% que refiere que sí.

El 68.7% de la población con discapacidad, refiere no tener dificultades para el acceso al uso de la televisión, en contraste con el 31.3% que refiere que sí.

El 65.7% de la población con discapacidad, refiere no tener dificultades para el acceso a periódicos y revistas, de cara al 34.3% de la población que refiere tener dificultad.



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			

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

SECCIÓN 0.

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

N° DE ORDEN	101 ¿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 puertitas adentro, estudiantes en el extranjero y/o enfermos(as) financiados por el hogar)	102 ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE (...) CON EL(LA) JEFE(A) DEL ...?	103 ¿EL SEXO DE (...) ES ? 1. Hombre 2. Mujer	104 ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?		105 ¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS? (Anote 00 para los menores de 1 año)	106 ¿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)	107 ¿DURANTE EL MES ANTERIOR (...) TUVO? 1. Algún Síntoma 2. Alguna enfermedad 3. Lesión por Accidente violento 4. Lesión por hecho 5. No tuvo	108 PERSONAS SELECCIONABLES	109 N° DE ORDEN
				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>210. SIN UTILIZAR SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
<p>211. CUANDO UTILIZA SU EQUIPO O ASISTENCIA, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
PASE A 213	
<p>212. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CAMINAR?</p> <p>1. Ninguna dificultad ----- PASE A 215 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total ----- PASE A 215</p>	
<p>213. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (...) PARA CAMINAR?</p> <p>1. Voluntad de caminar 3. Otra 2. Capacidad física para caminar</p>	
<p>214. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?</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>215. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA RECOGER OBJETOS PEQUEÑOS CON SUS MANOS?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
<p>216. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
<p>217. CUANDO (...) HABLA, ¿TIENE USTED DIFICULTAD PARA ENTENDERLE?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
<p>218. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
<p>219. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (...) DIFICULTADES PARA JUGAR?</p> <p>1. Ninguna dificultad 3. Mucha dificultad 2. Alguna dificultad 4. Total</p>	
<p>220. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿CUÁNTO PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS O ADULTOS (...)?</p> <p>1. No lo hace 3. Más 2. Lo mismo o menos 4. Mucho más</p>	
TERMINE SECCIÓN	

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

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

247. CREE USTED QUE:		1. SÍ	2. NO
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
248. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?			
1. No le preocupa en lo absoluto			
2. Una pequeña preocupación			
3. Hay mucha preocupación			
4. Entre un poco y mucho			
249. ¿CON QUÉ FRECUENCIA (...) PARECE ANSIOSO, NERVIOSO O PREOCUPADO?			
1. Diariamente			
2. Semanalmente			
3. Mensualmente			
4. Un par de veces al año			
5. Nunca			
250. ¿CON QUÉ FRECUENCIA (...) PARECE TRISTE O DEPRIMIDO?			
1. Diariamente			
2. Semanalmente			
3. Mensualmente			
4. Un par de veces al año			
5. Nunca			
251. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿CUÁNTA DIFICULTAD TIENE (...) PARA CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO?			
1. Ninguna	} PASE A 254		
2. Lo mismo o menos			
3. Más			
4. Mucho más			
252. CREE USTED QUE:		1. SÍ	2. NO
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
253. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?			
1. No le preocupa en lo absoluto			
2. Una pequeña preocupación			
3. Hay mucha preocupación			
4. Entre un poco y mucho			
254. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA CENTRARSE EN UNA ACTIVIDAD QUE DISFRUTA HACIENDO?			
1. Ninguna dificultad			
2. Alguna dificultad			
3. Mucha dificultad			
4. Total			
255. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA ACEPTAR CAMBIOS EN SU RUTINA?			
1. Ninguna dificultad ----- PASE A 258			
2. Alguna dificultad			
3. Mucha dificultad			
4. Total			
256. CREE USTED QUE:		1. SÍ	2. NO
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
257. ¿CUÁNTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?			
1. No le preocupa en lo absoluto			
2. Una pequeña preocupación			
3. Hay mucha preocupación			
4. Entre un poco y mucho			
258. ¿TIENE (...) DIFICULTAD PARA HACER AMIGOS?			
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.

310 PERSONA CON ALGUNA LIMITACION		JEFA(E) DE HOGAR, CONYUGE Y/O INFORMANTE CALIFICADO										
No. de ORD.	302	303	304	305	306	307	308	309	CÓDIGO			
	¿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	¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA VER, AUN USANDO ANTEOJOS? 1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	¿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	¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA OIR, AUN USANDO APARATOS AUDITIVOS? 1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)? 1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	¿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	¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE DIFÍCILTE DE FORMA PERMANENTE, SUS ACTIVIDADES DIARIAS? 1 - SI → 2 - No	¿TIENE DIFICULTADES DE FORMA PERMANENTE PARA VESTIRSE, BANARSE O COMER? 1 - Ninguna 2 - SI, poca dificultad 3 - SI, mucha dificultad 4 - Total	HACER PREGUNTAS 403 A 407	HACER PREGUNTAS 427 A 430	HACER PREGUNTAS 431 A 437	CÓDIGO
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.

SECCIÓN 4: LIMITACIONES O DIFICULTADES PERMANENTES

401 N° DE ORDEN				402 N° DE ORDEN DEL INFORMANTE							
CARACTERISTICAS DE LOCOMOCION Y DESTREZA											
403 TIENE DIFICULTAD DE FORMA PERMANENTE PARA MOVERSE O CAMINAR, PARA USAR BRAZOS O PIERNAS?				411 ¿QUE APOYO UTILIZA PARA DESPLAZARSE? 1. Bastón 4. No utiliza 2. Una persona 5. No necesita 3. Perro guía 6. Otros: _____ Pase a 413 Especifique							
1. Sí 2. No PASE A 405											
404 DE FORMA PERMANENTE, TIENE DIFICULTAD PARA: (Lea cada alternativa y coloque el código según corresponda)				412 DE ACUERDO A LA RESPUESTA ANTERIOR, ¿ES EL ADECUADO Y SUFICIENTE PARA SU MOVILIZACION?							
1 - Ninguna 2 - Si, poca dificultad 3 - Sí, mucha dificultad 4 - Total				1. Sí Pase a 414 2. No							
1. Moverse, acomodarse cuando esta acostado, sentado o de pie? 2. Usar las piernas y los pies para mover o alejar un objeto? 3. Agarrar objetos pequeños como monedas o un lápiz? 4. Sostener y manipular/maniobrar objetos mas pesados como libros, botellas u otras 5. Usar cubiertos para comer y cortar la comida, usar tijeras 6. Mantener el equilibrio, moverse y caminar sin dificultad, en casa. 7. Caminar sin dificultad fuera de su casa.				Ninguna				413 ¿CUAL SERIA EL APOYO ADECUADO PARA SU MOVILIZACION? 1. Bastón 4. No utiliza 2. Una persona 5. No necesita 3. Perro guía			
				Si, poca dificultad							
				Si, mucha dificultad							
				Total							
				1 2 3 4							
				1 2 3 4							
				1 2 3 4							
405 ¿QUE APOYO UTILIZA PARA DESPLAZARSE Y MOVILIZARSE? (Encierre en un círculo, uno o más códigos)				414 ¿QUE UTILIZA PARA LEER, ESCRIBIR E NFORMARSE							
1 Bastón simple 8 Protesis de piernas 2 Bastón canadiense 9 Férula en brazos 3 Silla de ruedas 10 Férula en piernas 4 Andador 11 Otro _____ 5 Muleta Especifique 6 Soporte en piernas 12 Ninguno PASE A 407 7 Protesis en brazos				1. Anteojos 2. Lupa 3. Sistema Braile, Regleta o Punzón 4. Libro Hablado 5. Lector 6. Grabadora 7. Macrotipo 8. Medios Electronicos 9. Computación (software Jaws, etc.) 10. Otro _____ 11. Ninguno							
1. Sí PASE A 408 2. No				1. Si 2. No							
CARACTERISTICAS DE LA VOZ Y EL HABLA											
406 DE ACUERDO A LA RESPUESTA ANTERIOR, ¿ES EL ADECUADO Y SUFICIENTE PARA SUS NECESIDADES?				415 ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE PARA HABLAR O COMUNICARSE?							
1. Sí PASE A 408 2. No				1. Sí 2. No Pase a 417							
407 ¿CUAL SERIA EL APOYO ADECUADO PARA SUS NECESIDADES?				416 DE FORMA PERMANENTE, TIENE DIFICULTAD PARA: (Lea cada alternativa y coloque el código según corresponda)							
Apoyo Necesario --- --- <input type="text"/> Código de la 405 No sabe --- --- --- --- <input type="text"/>				1 - Ninguna 2 - Si, poca dificultad 3 - Sí, mucha dificultad 4 - Total							
CARACTERISTICAS VISUALES											
408 ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE PARA VER AUN USANDO ANTEOJOS?				1. Hablar pronunciando y entonando las palabras de manera Correcta? 2. Conversar de manera fluida, sin que le pidan a cada momento que repita lo que ha dicho, porque habla muy rapido o muy Lento? 3. Hablar o usar un lenguaje alternativo (debido a que no tiene voz o su habla no se entiende?? 4. Hablar o conversar largamente con voz suficientemente fuerte?							
1. Sí 2. No PASE A 410											
409 ¿TIENE LIMITACIONES PERMANENTES?				1. Lengua de señas salvadoreña 2. Otras señas 3. Un Aparato 4. Programa de Computación (Jaws) 5. Lápiz y Papel 6. Guía Interprete 7. Otro _____ especifique							
1. Con un Ojo?											
2. Con dos Ojos?				1. Si 2. No							
410 ¿DE FORMA PERMANENTE, TIENE DIFICULTAD PARA? (Lea cada alternativa y coloque el código según corresponda)				417 ¿QUE UTILIZA PARA COMUNICARSE?							
1 - Ninguna 2 - Si, poca dificultad 3 - Sí, mucha dificultad 4 - Total				1. Sí 2. No							
1. Ver con poca luz, diferenciar colores o leer el periodico? 2. Darse cuenta del tamaño y la forma de objetos cercanos, leer avisos, afiches o letreros? 3. Darse cuenta del tamaño y la forma de objetos lejanos? 4. Seguir con la vista un objeto que se mueve en varias direcciones?				Ninguna							
				Si, poca dificultad							
				Si, mucha dificultad							
				Total							
1 2 3 4				1 2 3 4							
1 2 3 4				1 2 3 4							
1 2 3 4				1 2 3 4							
1 2 3 4				1 2 3 4							

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	434 ¿QUE ACTIVIDADES DEJAN DE HACER, LAS PERSONAS QUE LE AYUDAN?			
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		
429 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA ESA ENFERMEDAD?						5	Deporte, recreación o actividades sociales		
1.	Sí	2.	No	Pase a 431		6	Otra _____ (Especifique)		
430 ¿CADA CUANTO TIEMPO RECIBE TRATAMIENTO?						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.								
3	No sabe / No recuerda								
435 ¿LE PAGAN O LE DAN ALGUNA PROPINA A LA PERSONA QUE LE AYUDA?									
						1.	Sí	2.	No } Pase a 437
436 ¿QUIEN(ES) SE HACE(N) CARGO DE ESTE GASTO?									
						1	Él / Ella mismo(a)	1. Sí	2. No
						2	Miembros de su hogar		
						3	Miembros de otro hogar		
						4	Programa de apoyo social		
						5	Otra _____ (Especifique)		
						6	NO SABE		
437 ¿POR SI SOLO, PUEDE?									
						1	Comer y Beber?	1. Sí	2. No
						2	Tomar sus medicamentos?		
						3	Utilizar el servicio sanitario?		
						4	Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?		
						5	Realizar su higiene y cuidado personal?		
						6	Cuidar de su familia?		
						7	Preparar los alimentos?		
						8	Limpiar la casa?		
						9	Cuidar los objetos de la casa?		
						10	Hacer compras?		
						11	Desplazarse dentro de la casa?		
						12	Desplazarse fuera de la casa?		
						13	Leer y/o escribir?		
						14	Comunicarse?		
						15	Otro? _____ (Especifique)		
431 ¿ESTA(S) LIMITACION(ES) LE HACE(N) DEPENDER DE ALGUNA PERSONA?									
1.	Sí	2.	No	Pase a 437					
432 ESTA(S) PERSONA(S) LE AYUDA(N) PARA:									
1	Comer y Beber?	1. Sí		2. No					
2	Suministrarle sus medicamentos (tomados, inyectados,etc.)?								
3	Utilizar el servicio sanitario, por no poder controlar sus necesidades fisiológicas?.								
4	Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?								
5	Realizar su higiene y cuidado personal?								
6	Preparar los alimentos?								
7	Limpiar la casa?								
8	Cuidar los objetos de la casa?								
9	Hacer compras?								
10	Desplazarse dentro de la casa?								
11	Desplazarse fuera de la casa?								
12	Leer y/o escribir?								
13	Comunicarse?								
14	Otro? _____ (Especifique)								
433 ¿QUIEN(ES) LE AYUDA(N) EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS?									
1	Papá	1. Sí		2. No					
2	Mamá								
3	Esposo(a) ó Compañero(a) de vida								
4	Hermana								
5	Hermano								
6	Hijo								
Observaciones:									

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
pase al sig. Item					
	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

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

INSTITUCION EDUCATIVA

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

NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA

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

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	434 ¿QUE ACTIVIDADES DEJAN DE HACER, LAS PERSONAS QUE LE AYUDAN?			
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		
429 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA ESA ENFERMEDAD?						5	Deporte, recreación o actividades sociales		
1.	Sí	2.	No	Pase a 431		6	Otra _____ (Especifique)		
430 ¿CADA CUANTO TIEMPO RECIBE TRATAMIENTO?						7	NINGUNA		
1.	Sí	2.	No	Pase a 437		8	NO SABE		
1	Actualmente recibe tratamiento siempre que lo necesita.								
2	Hace mas de 6 meses que no recibe tratamiento.								
3	No sabe / No recuerda								
AUTONOMIA Y DEPENDENCIA									
431 ¿ESTA(S) LIMITACION(ES) LE HACE(N) DEPENDER DE ALGUNA PERSONA?						435 ¿LE PAGAN O LE DAN ALGUNA PROPINA A LA PERSONA QUE LE AYUDA?			
1.	Sí	2.	No	Pase a 437		1.	Sí	2.	No } Pase a 437
432 ESTA(S) PERSONA(S) LE AYUDA(N) PARA:						436 ¿QUIEN(ES) SE HACE(N) CARGO DE ESTE GASTO?			
1.	Sí	2.	No			1	Él / Ella mismo(a)	1. Sí	2. No
1	Comer y Beber?								
2	Suministrarle sus medicamentos (tomados, inyectados,etc.)?								
3	Utilizar el servicio sanitario, por no poder controlar sus necesidades fisiológicas?.								
4	Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?								
5	Realizar su higiene y cuidado personal?								
6	Preparar los alimentos?								
7	Limpiar la casa?								
8	Cuidar los objetos de la casa?								
9	Hacer compras?								
10	Desplazarse dentro de la casa?								
11	Desplazarse fuera de la casa?								
12	Leer y/o escribir?								
13	Comunicarse?								
14	Otro? _____ (Especifique)								
433 ¿QUIEN(ES) LE AYUDA(N) EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS?						437 ¿POR SI SOLO, PUEDE?			
1.	Sí	2.	No			1	Comer y Beber?	1. Sí	2. No
1	Papá								
2	Mamá								
3	Esposo(a) ó Compañero(a) de vida								
4	Hermana								
5	Hermano								
6	Hijo								
						Observaciones:			

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
pase al sig. Item					
	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

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

INSTITUCION EDUCATIVA

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

NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA

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

Si la persona con limitación tiene menos de 12 años de edad, pase a 619		REGISTRO Y CERTIFICACION	
616. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA RELACION SENTIMENTAL? 1. Sí 2. No Pase a 619		621. ¿POSEE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION? 1. Sí 2. No	
617. ¿COMO REACCIONO SU FAMILIA CUANDO INICIO SU RELACION SENTIMENTAL? 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)		1 Partida de Nacimiento? 2 Documento Unico de Identidad (DUI)? 3 Pasaporte? 4 Otro _____ especifique	
618. ¿COMO REACCIONO LA FAMILIA DE SU PAREJA CUANDO INICIO SU RELACION SENTIMENTAL? 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		622. ¿TIENE CERTIFICADO POR DISCAPACIDAD? 1. Sí 2. No Pase a 625	
		623. ¿QUE INSTITUCION CERTIFICOSU DISCAPACIDAD? 1. Sí 2. No	
		1 ISRI 2 ISSS 3 Foprolyd 4 Otro: _____ especifique	
		624. ¿SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL CONSEJO NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD? (CONAIPD) 1 Si 2 No 3 No sabe	
		PARTICIPACION CIUDADANA	
		625. ¿PERTENECE A ALGUNAS ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES O AGRUPACIONES? 1. Si 2. No Pase a 626	
EJERCICIO DE DERECHOS		625.A ¿A CUAL DE LAS SIGUIENTES? 1. Sí 2. No	
619. ¿CONOCE ALGUN ORGANISMO, INSTITUCION O AGRUPACION DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, TALES COMO?: Instituciones Públicas. 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) Instituciones Privadas 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		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	
620. ¿CONOCE ALGUNA DE LAS NORMAS SIGUIENTES? 1. Sí 2. No		626. ¿POR QUE NO PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACION, ASOCIACION O AGRUPACION? (seleccione y circule 1 o más códigos, según corresponda) 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	
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		627. ¿VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES? 1 Si Pase a la sig. Sección 2 No 3 No sabe Pase a la sig. Sección	
		628. ¿PORQUE RAZON NO VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES? 1. Sí 2. No	
		1 Por su limitación 2 El local de votación, no reúne las condiciones	

CARACTERISTICAS AUDITIVAS					1. Sí	2. No
418 ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE PARA OIR AUN USANDO APARATOS AUDITIVOS?						
1. Persona Sorda 2. Persona Hipoacústica						
419 DE FORMA PERMANENTE, TIENE DIFICULTAD PARA:						
1 - Ninguna 2 - Si, poca dificultad						
3 - Sí, mucha dificultad 4 - Total						
1. Escuchar sonidos Suaves?.					1	2
2. Escuchar sonidos Fuertes?.					1	2
3. Entender el habla y las conversaciones?.					1	2
420 ¿QUE UTILIZA PARA COMUNICARSE?:						
1 Audífonos						
2 Lee los Labios						
3 Su voz, a veces						
4 Lengua de Señas salvadoreña, LESSA						
5 Otra lengua de Señas						
6 Lápiz y papel						
7 Lenguaje Dactilológico						
8 Otro _____						
especifique						
421 ¿SI UTILIZA LESSA, ADONDE LO APRENDIÓ?:						
1 En la Familia						
2 En un Centro Educativo						
3 En la Asociación de Personas con Discapacidad						
4 En una ONG						
5 Iglesia						
422 ¿ALGUIEN MAS DE LA FAMILIA, UTILIZA EL LENGUAJE DE SEÑAS?						
1. Sí 2. No						
CARACTERISTICAS DE LAS FUNCIONES INTELLECTUALES						
423 ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE PARA COMPRENDER O APRENDER CONCENTRARSE O RECORDAR?:						
1. Sí 2. No Pase a 425						
424 DE FORMA PERMANENTE, PUEDE:						
1. ¿Comprender y seguir instrucciones o tareas?.						
2. ¿Recordar hechos?.						
a) Recientes						
b) Antiguos						
3. ¿O tiene dificultad en realizar las actividades de higiene y aseo personal en forma independiente? (Autocuidado)						
4. ¿Colaborar en actividades del hogar, como barrer, lavar, arreglar su cama? (VIDA EN EL HOGAR)						
5. ¿Orientarse en tiempo y espacio? (AUTODIRECCION)						
a) Tiempo (hora, mes y año)						
b) Lugar donde se encuentra (casa, escuela)						
6. ¿Resolver y afrontar por sí solo, problemas y retos nuevos que se le presenten en la vida?						
7. ¿Posee dominio en el manejo de dinero? (RECURSOS DE LA COMUNIDAD):						
8. ¿Posee dificultad para leer y escribir?						
9. ¿Tiene dificultad en resolver cantidades numéricas básicas?						
CARACTERISTICAS DE LAS FUNCIONES MENTALES						
425 ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE PARA RELACIONARSE CON LOS DEMAS, POR SUS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCIONES O CONDUCTAS?						
1. Sí 2. No Pase a la 427						
426 DE FORMA PERMANENTE, TIENE DIFICULTAD PARA:						
1 - Ninguna 2 - Si, poca dificultad						
3 - Sí, mucha dificultad 4 - Total						
1. Mantener cercanía física o emocional sin que le cause problemas en su vida diaria (dar y recibir muestras de cariño, como abrazos, besos y caricias)					1	2
2. Realizar sus actividades diarias sin tener el temor constante de que lo persigan, que le hagan daño, que controlen su mente o cuerpo u otra idea que las otras personas no le crean.					1	2
3. Realizar sus actividades diarias sin tener sentimientos fuertes de tristeza o alegrías exageradas, que le causen problemas en su vida personal, familiar, de pareja estudio o trabajo.					1	2
4. Realizar sus actividades diarias sin tener que sentirse intranquilo, temeroso, desesperado o para realizar una y otra vez la misma actividad					1	2
5. Sentir olores, escuchar sonidos o mirar cosas que las demas personas no.					1	2
6. Experimentar cambios de estado de ánimo, tales como: alegría, tristeza, enojos y llantos, sin motivos aparentes.					1	2
7. Dirigirse o hablarle a personas que no conoce, hacer nuevos amigos.					1	2
CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS						
427 ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA QUE LIMITE DE FORMA PERMANENTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS?						
1. Sí 2. No Pase a 431						
428 ¿ SI POSEE UNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES LE AFECTA EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS?						
1 - Sí, pero no me afecta 2 - Si, me afecta poco						
3 - Sí, me afecta mucho 4 - Totalmente						
1 Hipertensión arterial o problemas cardiovasculares					1	2
2 Enfermedades respiratoria (asma, broncoespasmos, insuficiencias respiratorias)					1	2
3 Diábetes					1	2
4 Obesidad					1	2

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	434 ¿QUE ACTIVIDADES DEJAN DE HACER, LAS PERSONAS QUE LE AYUDAN?			
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		
429 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA ESA ENFERMEDAD?						5	Deporte, recreación o actividades sociales		
1.	Sí	2.	No	Pase a 431		6	Otra _____ (Especifique)		
430 ¿CADA CUANTO TIEMPO RECIBE TRATAMIENTO?						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.								
3	No sabe / No recuerda								
435 ¿LE PAGAN O LE DAN ALGUNA PROPINA A LA PERSONA QUE LE AYUDA?									
						1.	Sí	2.	No } Pase a 437
436 ¿QUIEN(ES) SE HACE(N) CARGO DE ESTE GASTO?									
						1	Él / Ella mismo(a)	1. Sí	2. No
						2	Miembros de su hogar		
						3	Miembros de otro hogar		
						4	Programa de apoyo social		
						5	Otra _____ (Especifique)		
						6	NO SABE		
AUTONOMIA Y DEPENDENCIA									
431 ¿ESTA(S) LIMITACION(ES) LE HACE(N) DEPENDER DE ALGUNA PERSONA?									
						1.	Sí	2.	No } Pase a 437
432 ESTA(S) PERSONA(S) LE AYUDA(N) PARA:									
						1.	Sí	2.	No
1	Comer y Beber?								
2	Suministrarle sus medicamentos (tomados, inyectados,etc.)?								
3	Utilizar el servicio sanitario, por no poder controlar sus necesidades fisiológicas?.								
4	Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?								
5	Realizar su higiene y cuidado personal?								
6	Preparar los alimentos?								
7	Limpiar la casa?								
8	Cuidar los objetos de la casa?								
9	Hacer compras?								
10	Desplazarse dentro de la casa?								
11	Desplazarse fuera de la casa?								
12	Leer y/o escribir?								
13	Comunicarse?								
14	Otro? _____ (Especifique)								
433 ¿QUIEN(ES) LE AYUDA(N) EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS?									
						1.	Sí	2.	No
1	Papá								
2	Mamá								
3	Esposo(a) ó Compañero(a) de vida								
4	Hermana								
5	Hermano								
6	Hijo								
						Observaciones:			

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
pase al sig. Item					
	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

601. ¿EL(LOS) ESTABLECIMIENTO(S) DE SALUD AL QUE ASISTE, CUENTA(N) CON:	1. Sí 2. No	602. ¿SIGNIFICA UNA DIFICULTAD PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LA FALTA DE?	1. Sí 2. No
1 ACUDE SI RESPONDE "NO" PASE A 603 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"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INSTITUCION EDUCATIVA

603. ¿LA INSTITUCION EDUCATIVA A LA QUE ASISTE, CUENTA CON?:	1. Sí 2. No	604. ¿SIGNIFICA UNA DIFICULTAD PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS DE EDUCACION, LA FALTA DE?:	1. Sí 2. No
1 ACUDE SI RESPONDE "NO" PASE A 605 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"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA

605. ¿EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE TRABAJA CUENTA CON?:	1. Sí 2. No	606. ¿SIGNIFICA UNA DIFICULTAD PARA SU DESEMPEÑO LABORAL LA FALTA DE?:	1. Sí 2. No
1 ACUDE SI RESPONDE "NO" PASE A 607 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"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

Si la persona con limitación tiene menos de 12 años de edad, pase a 619		REGISTRO Y CERTIFICACION	
616. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA RELACION SENTIMENTAL? 1. Sí 2. No Pase a 619		621. ¿POSEE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION? 1. Sí | 2. No 1 Partida de Nacimiento? 2 Documento Unico de Identidad (DUI)? 3 Pasaporte? 4 Otro _____ especifique	
617. ¿COMO REACCIONO SU FAMILIA CUANDO INICIO SU RELACION SENTIMENTAL? 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)		622. ¿TIENE CERTIFICADO POR DISCAPACIDAD? 1. Sí 2. No Pase a 625	
618. ¿COMO REACCIONO LA FAMILIA DE SU PAREJA CUANDO INICIO SU RELACION SENTIMENTAL? 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		623. ¿QUE INSTITUCION CERTIFICOSU DISCAPACIDAD? 1. Sí | 2. No 1 ISRI 2 ISSS 3 Foprolyd 4 Otro: _____ especifique	
EJERCICIO DE DERECHOS		624. ¿SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL CONSEJO NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD? (CONAIPD) 1 Si 2 No 3 No sabe	
619. ¿CONOCE ALGUN ORGANISMO, INSTITUCION O AGRUPACION DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, TALES COMO?: Instituciones Públicas. 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) Instituciones Privadas 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		PARTICIPACION CIUDADANA 625. ¿PERTENECE A ALGUNAS ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES O AGRUPACIONES? 1. Si 2. No Pase a 626	
620. ¿CONOCE ALGUNA DE LAS NORMAS SIGUIENTES? 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		625.A ¿A CUAL DE LAS SIGUIENTES? 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	
627. ¿VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES? 1 Si Pase a la sig. Sección 2 No 3 No sabe Pase a la sig. Sección		626. ¿POR QUE NO PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACION, ASOCIACION O AGRUPACION? (seleccione y circule 1 o más códigos, según corresponda) 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	
628. ¿PORQUE RAZON NO VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES? 1. Sí | 2. No 1 Por su limitación 2 El local de votación, no reúne las condiciones		628. ¿PORQUE RAZON NO VOTO EN LAS ULTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES? 1. Sí | 2. No	

SECCIÓN 7: EDUCACIÓN

PARA PERSONAS DE 4 AÑOS Y MÁS DE EDAD

701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	
Nº DE	PARA PERSONAS DE 0 A 3 AÑOS	¿SABE (.....) LEER Y ESCRIBIR?	¿(.....) ASISTE O ASISTIÓ A UN CENTRO DE EDUCACION FORMAL?	¿POR QUÉ (.....) NUNCA HA ASISTIDO A UN CENTRO DE EDUCACION FORMAL?	¿SE MATRICULO (..) DURANTE ESTE AÑO LECTIVO?	¿QUÉ NIVEL CURSO O ASISTE ACTUALMENTE O CUAL FUE SU ULTIMO NIVEL ESTUDIADO Y GRADO APROBADO?	EL CENTRO DE EDUCACION AL QUE ASISTE O 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?	
O R D E N	1. SI --- Paso a 707 2. No --- Finalizar con miembro	1. SI 2. No	1. Asiste Actualmente Paso a 707 2. No Asiste pero Asistió alguna vez Paso a 706 3. Nunca Asistió	1. No lo recibir 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. SI 2. No	0. Educación Inicial 1. Parvularia (1° a 3°) 2. Básica (1° a 9°) 3. Media (10° a 13°) 4. Superior universitario (1° a 15°) 5. Superior no universitario (1° a 3°) 6. Educación Especial (Ciclos I, II, III, IV) 7. Otros _____ Especifique	1. Público 2. Privado	1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Mañana y Tarde 5. Fin de Semana	1. SI 2. No	1. Abandono los estudios antes de finalizar el año escolar anterior 2. Reprobó o aprobó el año escolar 3. Padrimiente le matricularon en el mismo grado 4. Otros _____ Especifique	1. Necesita trabajar 2. Dificultad Económica 3. Enfermedad 4. Discapacidad 5. Padres no quieren que estudie 6. Cambio de domicilio 7. Escuela está muy lejos 8. Pérdida de interés 9. Quehaceres domésticos 10. Repite mucho 11. Bata de compañeros 12. Falta de enseñanza adecuada 13. La escuela está mal ubicada 14. Por inseguridad 15. Actitud negativa de maestros 16. Por embarazo/maternidad 17. Otros _____ Especifique	1. A pie 2. Bicicleta 3. Transporte Público 4. Transporte escolar 5. Auto particular 6. Otros _____ Especifique	
				SI contestó 3 en código 3 en 704 finalice con miembro		SI contestó 9, pase a 723 NIVEL GRADO		A B		SI contestó 3 ó 4, pase a 713 Especifique			
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 8: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA

801. TIPO DE VIVIENDA: 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	811. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO DE AGUA POR CAÑERÍA? 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.
802. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES: 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	812. EL SERVICIO DE BAÑO LO SATISFACE POR: 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)	
803. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES: 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	813. ¿CUENTA CON ACCESO A SANITARIO? 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
804. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES: 1. ¿Ladrillo cerámico? 2. ¿Ladrillo de cemento? 3. ¿Ladrillo de barro? 4. ¿Cemento? 5. ¿Tierra? 6. ¿Otros? _____ (Especifique)			814. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA? 1. Si, de familiar o amigo(a) 2. No tiene --- Pase a 816	
805. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?			815. EL SERVICIO SANITARIO AL QUE TIENE ACCESO ESTA VIVIENDA ES DE: 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?	
806. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?				
807. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA? 1. Inquilino (a) 2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos N° de orden [] [] } Pase a 810 3. Propietario(a) N° de orden [] [] } Pase a 809 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		816. ¿CÓMO SE DESHACEN EN LA VIVIENDA DE LAS AGUAS RESIDUALES (GRISES)? 1. Alcantarillado 2. Pozo o resumidero 3. Fosa séptica 4. Quebrada o río 5. A la calle o al aire libre 6. Otros _____ (Especifique)	
808. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA? 1. Sí --- Pase a 810 2. No			817. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR? 1. Electricidad 2. Kerosene (gas) 3. Gas propano 4. Leña 5. Carbón 6. Ninguno 7. Otros _____ (Especifique)	
809. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTO CREE QUE PAGARÍA POR MES? \$			818. ¿TIENE USTED EN USO?	1. Sí 2. No ¿Cuántos?
810. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO POSEE ESTA VIVIENDA? 1. Electricidad 2. Conexión eléctrica del vecino(a) 3. Kerosene (gas) 4. Candela 5. Panel solar 6. Generador eléctrico 7. Otra clase _____ (Especifique)			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

SECCIÓN 8: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA

819. ¿EQUIPAMIENTO DEL HOGAR?		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)							TOTAL \$	

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? 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimensual 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual	LO OBTUVO POR :				¿CUÁL FUE EL VALOR DE?								
ARTÍCULOS Y SERVICIOS			1. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	3. ¿Autosuministro?	4. ¿Ayuda familiar?	5. ¿Ayuda del Estado?	6. ¿Ayuda privada?	7. ¿Otros?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?	
		1. Sí 2. No							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. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	3. ¿Autosuministro?	4. ¿Ayuda familiar?	5. ¿Ayuda del Estado?	6. ¿Ayuda privada?	7. ¿Otros?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?	
		1. Sí 2. No							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	¿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?:			Gasto?		
		1. Sí 2. No	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

901. N° DE ORDEN DE LA TRH	NOMBRE:	902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
903. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 911 2. No	908. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 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 → Regrese a Prg. 407 y anote código 2																				
904. LA SEMANA ANTERIOR (...) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO: 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	909. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCO TRABAJO? 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 } Pase a 909. A. 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → Regrese a 907 y anote código 1																				
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1																					
905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 906 2. No	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? 1. Sí 2. No																				
905. B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 912 2. No → Pase a 907	910. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 914 2. No → Pase a 929																				
906. ¿ CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR? 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	} Pase a pregunta 912																				
SI RESPONDIÓ ITEM DE 08 A 17 Y TIENE EDAD ENTRE 5 A 17 AÑOS PASE A PREGUNTA 910																					
906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Sí → Pase a 912 2. No	911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO (...) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO? 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	912. ¿CUANTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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		
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 910 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS																				
FINALICE SECCIÓN																					
OCUPADOS(AS)																					
OCUPACIÓN PRINCIPAL																					
907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 909	913. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS? 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)																				
DESOCUPADOS																					

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO

914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA (BA)?		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE	
_____ _____ _____		924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 2. ¿En otro lugar fijo? 3. ¿Se desplaza?	
		SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 929	
915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?		925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
_____ _____ _____		\$ _____	
916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) (...)?		926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
_____ _____ _____		\$ _____	
917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:		927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?	
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 I (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?	
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)		PASE A PREGUNTA 929	
918. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?		928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?	
1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde Meses _____		01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)	
919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?		OTROS INGRESOS NO LABORALES	
1. Privado 2. Público		929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:	
920. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?		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)	
1. Sí, afiliado(a) 2. Sí, beneficiario(a) 3. No SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920		MONTO (\$) VECES AL AÑO	
921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?		930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?	
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		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)	
922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		MONTO (\$) VECES AL AÑO	
\$ _____		ALIMENTOS Y OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES	
923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		931. ¿ LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:	
(Indique monto y periodicidad)		SI NO VECES A LA SEMANA MONTO Dólares Centavos	
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 (Especifique)		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	
924. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?		932. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?	
1. Sí Mz. 2. No		1. Sí 2. No → FINALICE SECCIÓN	
925. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?		933. ¿ EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?	
\$ _____		Consumo del hogar \$ _____ Comercialización \$ _____	
926. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?			
\$ _____			
927. ¿ EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?			
Consumo del hogar \$ _____ Comercialización \$ _____			
928. ¿ POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?			
01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)			
929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:			
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)			
930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?			
931. ¿ LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:			
932. ¿ DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?			
933. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?			
934. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?			
935. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?			
936. ¿ EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?			
937. ¿ EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?			

SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

901. N° DE ORDEN DE LA TRH	NOMBRE:	902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
903. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 911 2. No	908. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 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 → Regrese a Prg. 407 y anote código 2																				
904. LA SEMANA ANTERIOR (...) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO: 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	909. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCO TRABAJO? 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 } Pase a 909. A. 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → Regrese a 907 y anote código 1																				
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1																					
905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 906 2. No	909. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR? 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																				
905. B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 912 2. No → Pase a 907	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? 1. Sí 2. No																				
906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Sí → Pase a 912 2. No	910. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 914 2. No → Pase a 929																				
906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO (...) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO? 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	911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 909	912. ¿CUANTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
DESOCUPADOS																					
913. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS? 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

914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA (BA)?		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE																																																	
_____ _____ _____		924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 2. ¿En otro lugar fijo? 3. ¿Se desplaza?																																																	
915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?		SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 929																																																	
_____ _____ _____		925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)? \$ _____																																																	
916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) (...)?		926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)? \$ _____																																																	
_____ _____ _____		927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO? 01. Sí 02. No --- Pase a 929 ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR? \$ _____																																																	
917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:		PASE A PREGUNTA 929																																																	
01. ¿Empleador/a o patrono/a? } 02. ¿Cuenta propia con local? } Pase a 920 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)		928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR? 01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)																																																	
918. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?		OTROS INGRESOS NO LABORALES																																																	
1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿POR CUÁNTO TIEMPO? Meses _____		929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:																																																	
919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">MONTO (\$)</th> <th style="width: 10%;">VECES AL AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Empleo secundario?..</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>02. ¿Ayuda de familiares o amigos/as que residen en el país?..</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>03. ¿Cuota alimenticia?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>04. ¿Alquiler de viviendas?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>05. ¿Alquiler de negocios o máquinas?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>06. ¿Alquiler de terrenos?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07. ¿Jubilación, pensión de invalidez o vejez?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08. ¿Depreciación de vehículo?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09. ¿Pensión por sobrevivencia?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. ¿Ahorros?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. ¿Otros ingresos mensuales?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td></tr> </tbody> </table>			MONTO (\$)	VECES AL AÑO	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)											
	MONTO (\$)	VECES AL AÑO																																																	
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)																																																			
920. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?		930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?																																																	
1. Sí, afiliado(a) 2. Sí, beneficiario(a) 3. No SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">MONTO (\$)</th> <th style="width: 10%;">VECES AL AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Utilidades empresariales.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>02. Dividendo por acciones.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>03. Intereses.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>04. Herencias, loterías, juegos de azar.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>05. Indemnización por retiro o despido.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>06. Ayuda del gobierno en efectivo.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07. Por actividades eventuales.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08. Arrendamiento de tierras.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09. Remesas eventuales del exterior.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Remesas eventuales locales.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. Ayuda en especie del exterior (vestuario, juguetes, medicinas).....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. Aguinaldo.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12. Otros _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">(Especifique)</td></tr> <tr><td>13. Remesas de familiares desde el exterior</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			MONTO (\$)	VECES AL AÑO	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)			13. Remesas de familiares desde el exterior		
	MONTO (\$)	VECES AL AÑO																																																	
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)																																																			
13. Remesas de familiares desde el exterior																																																			
921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?		ALIMENTOS Y OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES																																																	
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		931. ¿LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 5%;">SÍ</th> <th style="width: 5%;">NO</th> <th style="width: 10%;">VECES A LA SEMANA</th> <th style="width: 10%;">MONTO</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dólares</td> <td>Centavos</td> </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>			SÍ	NO	VECES A LA SEMANA	MONTO						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															
	SÍ	NO	VECES A LA SEMANA	MONTO																																															
				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																																																	
922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		OTROS INGRESOS ANUALES																																																	
\$ _____ (Indique monto y periodicidad)		932. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA? 1. Sí _____ Mz. 2. No _____																																																	
923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		933. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA? 1. Sí 2. No → Pase a 936																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">MONTO (\$)</th> <th style="width: 10%;">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		934. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015? \$ _____										
	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																																																		
924. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		935. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015? \$ _____																																																	
925. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		936. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES? 1. Sí 2. No → FINALICE SECCIÓN																																																	
(Indique monto y periodicidad)		937. ¿ EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?																																																	
(Especifique)		Consumo del hogar \$ _____ Comercialización \$ _____																																																	
926. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		PASE A PREGUNTA 929																																																	
\$ _____ (Indique monto y periodicidad)																																																			

SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

901. N° DE ORDEN DE LA TRH	NOMBRE:	902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
903. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 911 2. No	908. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 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 → Regrese a Prg. 407 y anote código 2																				
904. LA SEMANA ANTERIOR (...) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO: 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	909. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCO TRABAJO? 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 } Pase a 909. A. 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → Regrese a 907 y anote código 1																				
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1																					
905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 906 2. No	909. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR? 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																				
905. B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 912 2. No → Pase a 907	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? 1. Sí 2. No																				
906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Sí → Pase a 912 2. No	910. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 914 2. No → Pase a 929																				
906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO (...) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO? 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	911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 909	912. ¿CUANTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
DESOCUPADOS																					
913. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS? 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

INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE																																								
914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA (BA)?	924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 2. ¿En otro lugar fijo? 3. ¿Se desplaza? SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 929																																							
915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?	925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)? \$ 926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)? \$																																							
916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) (...)?	927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO? 01. Sí 02. No --- Pase a 929 ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR? PASE A PREGUNTA 929																																							
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)	928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR? 01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)																																							
917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:	OTROS INGRESOS NO LABORALES 929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MONTO (\$)</th> <th>VECES AL AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Empleo secundario?..</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>02. ¿Ayuda de familiares o amigos/as que residen en el país?..</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>03. ¿Cuota alimenticia?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>04. ¿Alquiler de viviendas?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>05. ¿Alquiler de negocios o máquinas?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>06. ¿Alquiler de terrenos?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07. ¿Jubilación, pensión de invalidez o vejez?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08. ¿Depreciación de vehículo?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09. ¿Pensión por sobrevivencia?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. ¿Ahorros?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. ¿Otros ingresos mensuales?</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		MONTO (\$)	VECES AL AÑO	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?					
	MONTO (\$)	VECES AL AÑO																																						
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?																																								
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)	Pase a 920																																							
SI PREGUNTA 910 ES 1 PASE A PREGUNTA 928																																								
918. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?	1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde Meses _____ SI LA RESPUESTA ES SI, ¿POR CUÁNTO TIEMPO? (Especifique)																																							
SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920	OTROS INGRESOS ANUALES 930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MONTO (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Utilidades empresariales.....</td><td></td></tr> <tr><td>02. Dividendo por acciones.....</td><td></td></tr> <tr><td>03. Intereses.....</td><td></td></tr> <tr><td>04. Herencias, loterías, juegos de azar.....</td><td></td></tr> <tr><td>05. Indemnización por retiro o despido.....</td><td></td></tr> <tr><td>06. Ayuda del gobierno en efectivo.....</td><td></td></tr> <tr><td>07. Por actividades eventuales.....</td><td></td></tr> <tr><td>08. Arrendamiento de tierras.....</td><td></td></tr> <tr><td>09. Remesas eventuales del exterior.....</td><td></td></tr> <tr><td>10. Remesas eventuales locales.....</td><td></td></tr> <tr><td>11. Ayuda en especie del exterior (vestuario, juguetes, medicinas).....</td><td></td></tr> <tr><td>11. Aguinaldo.....</td><td></td></tr> <tr><td>12. Otros _____</td><td></td></tr> </tbody> </table>		MONTO (\$)	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 _____												
	MONTO (\$)																																							
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 _____																																								
919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?	1. Privado 2. Público																																							
920. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?	1. Sí, afiliado(a) 2. Sí, beneficiario(a) 3. No SI PREGUNTA 917 ES 1 A 3 PASE A PREG. 924																																							
INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE																																								
921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?	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																																							
922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?	\$ _____																																							
923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	(Indique monto y periodicidad) <table border="1"> <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>		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																																							
924. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?	1. Sí Mz. 2. No																																							
925. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?	1. Sí 2. No → Pase a 936																																							
926. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?	\$ _____																																							
927. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?	\$ _____																																							
928. ¿EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?	1. Sí 2. No → FINALICE SECCIÓN																																							
929. ¿EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?	Consumo del hogar \$ _____ Comercialización \$ _____																																							
PASE A PREGUNTA 929																																								

SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

901. N° DE ORDEN DE LA TRH	NOMBRE:	902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
903. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 911 2. No	908. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 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 → Regrese a Prg. 407 y anote código 2																				
904. LA SEMANA ANTERIOR (...) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO: 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	909. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCO TRABAJO? 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 } Pase a 909. A. 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → Regrese a 907 y anote código 1																				
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1																					
905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 906 2. No	909. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR? 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																				
905. B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 912 2. No → Pase a 907	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? 1. Sí 2. No																				
906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Sí → Pase a 912 2. No	910. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 914 2. No → Pase a 929																				
906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO (...) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO? 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	911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 909	912. ¿CUANTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
DESOCUPADOS																					
913. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS? 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

914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA (BA)?		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE	
_____ _____ _____		924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 2. ¿En otro lugar fijo? 3. ¿Se desplaza?	
		SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 929	
915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?		925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
_____ _____ _____		\$ _____	
916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) (...)?		926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
_____ _____ _____		\$ _____	
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)		927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?	
917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:		01. Sí 02. No --- Pase a 929 ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?	
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)	
SI PREGUNTA 910 ES 1 PASE A PREGUNTA 928		OTROS INGRESOS NO LABORALES	
918. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?		929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:	
1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿POR CUÁNTO TIEMPO?		MONTO (\$) VECES AL AÑO	
SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920		OTROS INGRESOS ANUALES	
919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?		930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?	
1. Privado 2. Público		MONTO (\$)	
920. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?		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)	
SI PREGUNTA 917 ES 1 A 3 PASE A PREG. 924		ALIMENTOS Y OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES	
INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE		931. ¿ LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:	
921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?		SÍ NO VECES A LA SEMANA MONTO	
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		Dólares Centavos	
922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		1. Alimentos (desayuno, almuerzo, cena y refrigerio) 2. Transporte público 3. Combustible, reparación de vehículo 4. Hospedaje	
\$ _____		1 2 3 4	
923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		932. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?	
(Indique monto y periodicidad)		1. Sí Mz. 2. No	
MONTO (\$) VECES AL AÑO		933. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?	
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 (Especifique)		1. Sí 2. No → Pase a 936	
924. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIO 2014/2015?		934. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIO 2014/2015?	
\$ _____		\$ _____	
925. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIO 2014/2015?		935. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?	
\$ _____		1. Sí 2. No → FINALICE SECCIÓN	
926. ¿ EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?		937. ¿ EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?	
Consumo del hogar \$ _____		Comercialización \$ _____	
PASE A PREGUNTA 929		PASE A PREGUNTA 929	

SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

901. N° DE ORDEN DE LA TRH	NOMBRE:	902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
903. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 911 2. No	908. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 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 → Regrese a Prg. 407 y anote código 2																				
904. LA SEMANA ANTERIOR (...) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO: 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 realice ninguna actividad	909. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCO TRABAJO? 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 } Pase a 909. A. 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → Regrese a 907 y anote código 1																				
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1																					
905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 906 2. No	909. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR? 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																				
905. B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 912 2. No → Pase a 907	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? 1. Sí 2. No																				
906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Sí → Pase a 912 2. No	910. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 914 2. No → Pase a 929																				
906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO (...) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO? 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	911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 909	912. ¿CUANTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
DESOCUPADOS																					
913. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS? 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

914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA (BA)?		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE	
_____ _____ _____		924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 2. ¿En otro lugar fijo? 3. ¿Se desplaza?	
		SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 929	
915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?		925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
_____ _____ _____		\$ _____	
916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) (...)?		926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
_____ _____ _____		\$ _____	
917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:		927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?	
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 I (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?	
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)		PASE A PREGUNTA 929	
918. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?		928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?	
1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde Meses _____		01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)	
919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?		OTROS INGRESOS NO LABORALES	
1. Privado 2. Público		929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:	
920. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?		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)	
1. Sí, afiliado(a) 2. Sí, beneficiario(a) 3. No SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920		MONTO (\$) VECES AL AÑO	
921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?		930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?	
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		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)	
922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		931. ¿LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:	
\$ _____		SI NO VECES A LA SEMANA MONTO Dólares Centavos	
923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		932. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?	
(Indique monto y periodicidad)		1. Sí Mz. 2. No	
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 (Especifique)		MONTO (\$) VECES AL AÑO	
924. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		933. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?	
\$ _____		1. Sí 2. No → Pase a 936	
925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?		934. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?	
\$ _____		\$ _____	
926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?		935. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2014/2015?	
\$ _____		\$ _____	
927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?		936. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?	
01. Sí 02. No → FINALICE SECCIÓN		1. Sí 2. No	
928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?		937. ¿ EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?	
01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)		Consumo del hogar \$ _____ Comercialización \$ _____	
929. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:		PASE A PREGUNTA 929	

SECCIÓN 9: EMPLEO E INGRESO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

901. N° DE ORDEN DE LA TRH	NOMBRE:	902. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
903. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 911 2. No	908. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 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 → Regrese a Prg. 407 y anote código 2																				
904. LA SEMANA ANTERIOR (...) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO: 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	909. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCO TRABAJO? 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 } Pase a 909. A. 19. Espera respuesta del empleador(a) } 20. Si buscó trabajo → Regrese a 907 y anote código 1																				
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 903 Y ANOTE CODIGO 1																					
905. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 906 2. No	909. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJA LA SEMANA ANTERIOR? 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																				
905. B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 912 2. No → Pase a 907	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? 1. Sí 2. No																				
906. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Sí → Pase a 912 2. No	910. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 914 2. No → Pase a 929																				
SI RESPONDIÓ ITEM DE 08 A 17 Y TIENE EDAD ENTRE 5 A 17 AÑOS PASE A PREGUNTA 910																					
SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 910 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS																					
FINALICE SECCIÓN																					
OCUPADOS(AS)																					
OCUPACIÓN PRINCIPAL																					
906. B. ¿EN CUANTO TIEMPO (...) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO? 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	911. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJO EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
907. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 909																					
912. ¿CUANTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jornada</th> <th>Horas</th> <th>Días</th> <th>Jorn.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A. De lunes a viernes</td> <td>1. De 7 AM a 6 PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. De 6 PM a 7 AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B. De sábado a domingo</td> <td>3. Mixta</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Jornada	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			
	Jornada	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																				
	SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 914																				
913. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS? 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

914. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA (BA)?		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE																																								
_____ _____ _____		924. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 2. ¿En otro lugar fijo? 3. ¿Se desplaza?																																								
		SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 929																																								
915. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?		925. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?																																								
_____ _____ _____		\$ _____																																								
916. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA(BA) (...)?		926. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL MENSUAL DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?																																								
_____ _____ _____		\$ _____																																								
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)		927. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?																																								
917. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA(BA) EN CALIDAD DE:		01. Sí 02. No --- Pase a 929 ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?																																								
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)		PASE A PREGUNTA 929																																								
SI PREGUNTA 910 ES 1 PASE A PREGUNTA 928		928. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?																																								
		01. Terminó su contrato de trabajo 04. Por discapacidad 02. Cerró el establecimiento ó finalizo el trabajo 05. Otros: _____ (Especifique)																																								
SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920		OTROS INGRESOS NO LABORALES																																								
918. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?		929. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:																																								
1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde SI LA RESPUESTA ES SI, ¿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)																																								
SI PREGUNTA 917 ES 9 PASE A PREGUNTA 920		OTROS INGRESOS ANUALES																																								
919. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?		930. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?																																								
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)																																								
920. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO		13. Remesas de familiares desde el exterior																																								
1. Sí, afiliado(a) 2. Sí, beneficiario(a) 3. No		ALIMENTOS Y OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES																																								
SI PREGUNTA 917 ES 1 A 3 PASE A PREG. 924		931. ¿LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:																																								
INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE		SI NO VECES A LA SEMANA Dólares Centavos																																								
921. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?		1. Alimentos (desayuno, almuerzo, cena y refrigerio)																																								
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		2. Transporte público																																								
922. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?		3. Combustible, reparación de vehículo																																								
\$ _____		4. Hospedaje																																								
923. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		932. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA?																																								
(Indique monto y periodicidad)		1. Sí Mz. 2. No																																								
<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		933. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2014/2015 ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?	
	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																																									
		1. Sí 2. No → Pase a 936																																								
924. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIO 2014/2015?		934. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIO 2014/2015?																																								
\$ _____		\$ _____																																								
925. ¿EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?		935. ¿EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS?																																								
1. Sí 2. No → FINALICE SECCIÓN		Consumo del hogar \$ _____																																								
PASE A PREGUNTA 929		Comercialización \$ _____																																								

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