

ENCUESTA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD/ 2000
Proyecto OMS-GTZ / EL SALVADOR

ENCUESTA No. _____

Llenar con letra de molde. Usar una ficha por cada persona con discapacidad en la familia.

A. DATOS PERSONALES

1. IDENTIFICACION PERSONAL

Apellidos _____ Nombres _____

Género Femenino 1 Masculino 2 Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ Edad _____

Estado Familiar Solter@ 3 Casad@ 4 Acompañad@ 5 Divorciad@ 6 Viud@ 7 Doc. Ident. _____ No. _____

Dirección _____

Ciudad _____ Cantón _____ Caserío _____

Municipio _____ Departamento _____ Area Urbana 8 Rural 9

Teléfono _____ Fax _____ Email _____

B. CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

2. PERSONAS EN EL GRUPO FAMILIAR

Total miembr@s _____

Número de hijos de la persona con discapacidad _____

3. ACTIVIDAD ACTUAL

Estudia 1

Trabaja 2

Ninguna 3

No aplica 4

De marcar opción 4 pase a la 6

4. GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

Sabe leer y escribir Sí 1 No 2

Guardería 3

Parvularia 4

Primero a Tercero 5

Cuarto a Sexto 6

Séptimo a Noveno 7

Bachillerato 8

Técnico 9

Tecnólogo 10

Universitario 11

Maestría 12

Ninguno 13

Educ. a distancia 14

¿En qué área? _____

5. TUVO ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR ESTUDIANDO?

Reprobó 1

Desmotivación 2

Faltó dinero 3

Faltó apoyo familiar 4

Cerró centro educativo 5

Dificultad de transporte 6

Faltó ayuda ortopédica 7

Barrera arquitectónica 8

Barrera urbanística 9

Barrera rural 10

Otra, especifique 11

6. VIVIENDA SERVICIOS

Agua potable 1

Agua de pozo 2

Agua de río 3

Inodoro 4

Letrina 5

Energía eléctrica 6

Radio 7

TV 8

Teléfono 9

Internet 10

Tipo de Vivienda

Casa mixta 11

Apartamento 12

Rancho de adobe 13

Rancho de paja y tierra 14

Cuarto de mesón 15

Vivienda improvisada 16

Tenencia

Propia 17

Alquilada 18

Colono 19

Familiar 20

C. CONDICIONES LABORALES

7. TIPO DE EMPLEO

Aprendiz 1

Subempleado 2

Empleo a destajo 3

Empleo temporal 4

Empleo fijo 5

Domiciliar 6

Doméstico 7

Cooperativista 8

Independiente 9

Especifique: _____

8. ACTIVIDAD ECONOMICA

Agricultura 1

Ganadería 2

Pesca 3

Artesanía 4

Industria 5

Transporte 6

Comercio 7

Construcción 8

Comunicaciones 9

Servicios 10

9. SECTOR PRODUCTIVO

Informal 1

Privado 2

Público 3

Maquila 4

10. INGRESOS

Remunerado 1

Diario 2

Semanal 3

Quincenal 4

Mensual 5

Cantidad ₡ _____

No remunerado 6

Pago en especies 7

Especifique: _____

11. TIENE OTRA FUENTE DE INGRESOS ?

Sí 1 No 2

Pensión 3

Remesa familiar 4

Alquileres varios 5

Otra, especifique: 6

12. ESTA ASEGURAD@ ?

Sí, en el ISSS 1

Sí, en otro 2

No 3

D. SITUACION DISCAPACIDAD

13. TIPO DE DISCAPACIDAD

Problemas para ver

Visión disminuida 1

Ceguera total 2

Problemas para oír

Oye menos 3

Sordera total 4

Problemas para hablar

Problemas para hablar 5

No habla 6

Problemas de movilidad

Caminar/subir/levantarse saltar/estar de pie 7

Agarrar/levantar cosas/ cargar cosas 8

Amputado

Miembro superior 9

Miembro inferior 10

Problemas mentales

Demencia 11

Retraso mental 12

Ataques/convulsiones 13

Otra, especifique 14

14. CUAL FUE LA CAUSA DE SU DISCAPACIDAD ?

Congénita 1

Parto difícil 2

Enfermedad 3

Accidente común 4

Accidente laboral 5

Accidente de tránsito 6

Víctima delincuencia 7

Víctima de guerra 8

Otra, especifique: 9

15. DESDE CUANDO TIENE LA DISCAPACIDAD ?

Desde el nacimiento 1

Menos de 6 meses 2

De 6 meses a 1 año 3

De 1 año a 5 años 4

De 5 años a 10 años 5

Por más de 10 años 6

16. ATENCION A SU DISCAPACIDAD.

Ha recibido atención ?

Sí 1 No 2

Recibe actualmente ?

Sí 3 No 4

Opciones 2 y 4, pase a la 20

17. QUE TIPO DE ATENCION RECIBE O HA RECIBIDO ?

Rehabilitación física 1

Rehab. ocupacional 2

Terapia de lenguaje 3

Lenguaje de señas 4

Ortoprotésicos 5

Atención psicológica 6

Alfabeto Braille 7

Reinserción laboral 8

Deportes 9

Otra, especifique: 10

18. COMO CALIFICA LOS SERVICIOS RECIBIDOS ?

Buenos 1

Regulares 2

Malos 3

