



República de Cuba
Oficina Nacional de Estadísticas



CENSO
DE POBLACIÓN Y VIVIENDAS
CUBA - 2002

Questionario Censal Modelo C-1

Nº 2091475

Questionario No.: _____ Vivienda No.: _____
Hoja No.: _____
La información solicitada tiene carácter de obligatoriedad y confidencialidad (Acuerdo No. 4122 del 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros)

Sección I. Localización Geográfica y Dirección de la Unidad de Alojamiento																																																																		
Provincia:			Calle o Avenida:																																																															
Municipio:			Número:	Apartamento:	Piso:																																																													
Asentamiento:		P. Turquino: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Entrecalles:																																																														
Distrito:		Manzana:		Carreteras, caminos, km:																																																														
Circunscripción:		Consejo Popular:		Nombre de la finca o sitio:																																																														
Resumen del hogar																																																																		
Unidad de alojamiento No.	Hogar No.	Total de hogares	Total de personas en este hogar																																																															
			Por sexo		Por grupos de edades																																																													
			Total	Varones	Hembras	0-16	17-59	60 y más																																																										
Para uso de Oficina																																																																		
Plan Turquino		Consejo Popular		Circunscripción		Manzana																																																												
Sección II. Clasificación de las unidades de alojamiento																																																																		
Vivienda particular <input type="checkbox"/>		Local de Trabajo <input type="checkbox"/> (con residentes permanentes) Tipo y nombre del Local de Trabajo		Colectividad <input type="checkbox"/> (con residentes permanentes) Tipo y nombre de la Colectividad Código																																																														
Pase a la Sección III. Datos de la Vivienda Particular.		Pase a la Sección IV. Datos de la Persona.		Pase a la Sección IV. Datos de la persona.																																																														
Sección III. Datos de la Vivienda en Particular																																																																		
1. Tipo de vivienda (sólo una marca). -Casa 1 <input type="checkbox"/> -Apartamento 2 <input type="checkbox"/> -Habitación en cuartería o Casa de vecindad 3 <input type="checkbox"/> -Bohío 4 <input type="checkbox"/> -Improvisada 5 <input type="checkbox"/> -Otra 6 <input type="checkbox"/>		B) ¿En las paredes y columnas? -Humedad 1 <input type="checkbox"/> -Abofados o desconchados 2 <input type="checkbox"/> -Grietas 3 <input type="checkbox"/> -Aceros expuestos 4 <input type="checkbox"/> -Ninguno 5 <input type="checkbox"/> C) ¿Apuntalamiento? -Interior Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> -Exterior Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		11. A) ¿La vivienda tiene baño o ducha con instalación de agua corriente y desagüe de uso? (sólo una marca por inciso). -Exclusivo de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> -Común a varias viviendas 2 <input type="checkbox"/> -No tiene 3 <input type="checkbox"/> B) El baño o ducha está ubicado -Dentro de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> -Fuera de la vivienda 3 <input type="checkbox"/>																																																														
2. ¿La vivienda está ocupada por?: (sólo una marca). -Residentes permanentes 1 <input type="checkbox"/> -Residentes temporales 2 <input type="checkbox"/> -Temporada 3 <input type="checkbox"/> -Cerrada (ocupantes ausentes) 4 <input type="checkbox"/> -Desocupada 5 <input type="checkbox"/>		6. A) ¿Qué cantidad de piezas tiene la vivienda? (no cuenta baños, pasillos, balcones, piezas abiertas, tales como: portales, terrazas, galerías, etc.). <input type="text"/> B) ¿Cuántas se utilizan habitualmente para dormir? <input type="text"/> C) ¿Cuántas son exclusivamente dormitorios o cuartos? <input type="text"/>		12. A) ¿Cuenta la vivienda con servicio sanitario de uso? (sólo una marca por incisos). -Exclusivo de esta vivienda 1 <input type="checkbox"/> -Común a varias viviendas 2 <input type="checkbox"/> -No tiene 3 <input type="checkbox"/> B) ¿Qué tipo de servicio sanitario posee? -Inodoro de agua 1 <input type="checkbox"/> -Letrina sanitaria 2 <input type="checkbox"/> -Excusado o Pozo negro 3 <input type="checkbox"/> C) ¿El servicio sanitario se encuentra? -Dentro de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> -Fuera de la vivienda 3 <input type="checkbox"/>																																																														
3. ¿Cuál es la fecha de construcción de la vivienda? (para casas y apartamentos; sólo una marca). -Antes de 1920 1 <input type="checkbox"/> -De 1920 a 1933 2 <input type="checkbox"/> -De 1934 a 1945 3 <input type="checkbox"/> -De 1946 a 1958 4 <input type="checkbox"/> -De 1959 a 1970 5 <input type="checkbox"/> -De 1971 a 1981 6 <input type="checkbox"/> -De 1982 a 1989 7 <input type="checkbox"/> -De 1990 a fecha del Censo 8 <input type="checkbox"/> -No sabe 9 <input type="checkbox"/>		7. ¿Dispone la vivienda de local para cocinar de uso? (sólo una marca). -Exclusivo de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> -Común a varias viviendas 2 <input type="checkbox"/> -No tiene 3 <input type="checkbox"/>		13. ¿Cuál es la fuente de energía que utiliza para el alumbrado de la vivienda? (sólo una marca). -Unión Eléctrica 1 <input type="checkbox"/> -Planta industrial 2 <input type="checkbox"/> -Luz brillante (kerosene) 3 <input type="checkbox"/> -Minihidroeléctrica 4 <input type="checkbox"/> -Paneles solares 5 <input type="checkbox"/> -Biogás 6 <input type="checkbox"/> -Planta propia 7 <input type="checkbox"/> -Otra 8 <input type="checkbox"/>																																																														
4. ¿Cuál es el material predominante en: (sólo una marca por inciso). A) El techo? -Placa o losa 1 <input type="checkbox"/> -Teja 2 <input type="checkbox"/> -Plancha de fibrocemento o metálica, etc. 3 <input type="checkbox"/> -Madera y papel embreado 4 <input type="checkbox"/> -Guano 5 <input type="checkbox"/> -Otro 6 <input type="checkbox"/> B) El piso? -Losa, granito, mosaico, etc. 1 <input type="checkbox"/> -Cemento 2 <input type="checkbox"/> -Madera 3 <input type="checkbox"/> -Tierra 4 <input type="checkbox"/> -Otro 5 <input type="checkbox"/> C) Las paredes exteriores? -Hormigón, Mampostería 1 <input type="checkbox"/> -Madera 2 <input type="checkbox"/> -Yagua o tabla de palma 3 <input type="checkbox"/> -Adobe o embarre 4 <input type="checkbox"/> -Otro 5 <input type="checkbox"/>		8. ¿Cuál es la energía o combustible que más utiliza para cocinar? (sólo una marca). -Electricidad 1 <input type="checkbox"/> -Gas manufacturado (por tubería) 2 <input type="checkbox"/> -Gas licuado (de balón) 3 <input type="checkbox"/> -Luz brillante (kerosene) 4 <input type="checkbox"/> -Petróleo 5 <input type="checkbox"/> -Alcohol 6 <input type="checkbox"/> -Leña, carbón de leña u otro 7 <input type="checkbox"/> -Ninguno 8 <input type="checkbox"/>		14. ¿Cuál de los siguientes equipos tiene la vivienda? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Equipamiento</th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) Radio</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b) Radio-grabadora con o sin CD</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c) Televisor en colores</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d) Televisor en blanco y negro</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e) Plancha eléctrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f) Refrigerador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g) Lavadora</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h) Máquina de coser manual/eléctrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i) Ventilador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j) Cocina eléctrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k) Licuadora o batidora</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l) Olla arrocera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>m) Aire acondicionado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>n) Videocasetera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>o) Computadora</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>p) Automóvil, camión o tractor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>q) Motocicleta o ciclomotor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>r) Teléfono particular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>s) Calentador de agua (fijo)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Equipamiento	Sí	No	a) Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Radio-grabadora con o sin CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Televisor en colores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Televisor en blanco y negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Plancha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Máquina de coser manual/eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cocina eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) Licuadora o batidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Olla arrocera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Videocasetera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) Automóvil, camión o tractor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Motocicleta o ciclomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) Teléfono particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Calentador de agua (fijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamiento	Sí	No																																																																
a) Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
b) Radio-grabadora con o sin CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
c) Televisor en colores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
d) Televisor en blanco y negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
e) Plancha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
f) Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
g) Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
h) Máquina de coser manual/eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
i) Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
j) Cocina eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
k) Licuadora o batidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
l) Olla arrocera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
m) Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
n) Videocasetera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
o) Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
p) Automóvil, camión o tractor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
q) Motocicleta o ciclomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
r) Teléfono particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
s) Calentador de agua (fijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
5. ¿Qué afectaciones presenta la vivienda? (admite más de una marca por inciso). A) ¿En el techo, vigas y entrepiso? -Humedad 1 <input type="checkbox"/> -Abofados o desconchados 2 <input type="checkbox"/> -Grietas 3 <input type="checkbox"/> -Aceros expuestos 4 <input type="checkbox"/> -Ninguno 5 <input type="checkbox"/>		9. A) ¿Tiene la vivienda instalación de agua por tubería? (sólo una marca por incisos). -Dentro de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> -Fuera de la vivienda 2 <input type="checkbox"/> -No tiene 3 <input type="checkbox"/> B) La vivienda se abastece de agua por: -Tubería 1 <input type="checkbox"/> -Conducida por otro medio 3 <input type="checkbox"/> C) ¿El agua que se consume proviene de? -Acueducto 1 <input type="checkbox"/> -Pozo o aljibe 2 <input type="checkbox"/> -Río o manantial 3 <input type="checkbox"/> -Otra 4 <input type="checkbox"/> D) ¿Con qué frecuencia recibe el agua del acueducto? -Diariamente 1 <input type="checkbox"/> -En días alternos 2 <input type="checkbox"/> -Semanal 3 <input type="checkbox"/> -Otra 4 <input type="checkbox"/>		10. ¿Qué sistema de desagüe tiene la vivienda? (sólo una marca). -Alcantarillado 1 <input type="checkbox"/> -Fosa o tanque séptico 2 <input type="checkbox"/> -Otros 3 <input type="checkbox"/>																																																														

Sección IV. Datos de la persona																																																			
1. Persona No. <u>0</u> <u>2</u>																																																			
Nombre(s) y Apellidos																																																			
2. ¿Qué parentesco o relación tiene con el jefe(a) del hogar -Esposa/o Compañera/o 1 <input type="checkbox"/> -Hijo/a 2 <input type="checkbox"/> -Hijastro/a 3 <input type="checkbox"/> -Nuera o yerno 4 <input type="checkbox"/> -Nieta/o 5 <input type="checkbox"/> -Padres o suegros 6 <input type="checkbox"/> -Otro pariente 7 <input type="checkbox"/> -Otro no pariente 8 <input type="checkbox"/> -Miembro de la colectividad 9 <input type="checkbox"/> Pase a pregunta 4	Para personas de 6 años y más		Para personas de 12 años y más																																																
	11. ¿Cuál es el grado o año de estudio más alto aprobado? -Ninguno 0 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Primaria 1 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 6) -Secundaria Básica 2 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (7 a 10) -Obrero Calificado 3 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 5) -Preuniversitario 4 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (10 a 13) -Técnico Medio 5 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 5) -Pedagogía Nivel Medio 6 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 5) -Superior o Universitario 7 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 7)		16. ¿Cuál es su estado civil o conyugal? (sólo una marca). -Casado /a 1 <input type="checkbox"/> -Unido /a 2 <input type="checkbox"/> -Divorciado /a 3 <input type="checkbox"/> -Separado /a 4 <input type="checkbox"/> -Viudo /a 5 <input type="checkbox"/> -Soltero /a 6 <input type="checkbox"/>																																																
3. Número de orden de la madre (o padre) y del cónyuge en el cuestionario *si no forma parte de este hogar anote "00" -Hijo/a de <u> </u> <u> </u> -Cónyuge de <u> </u> <u> </u>	12. ¿Cuál es el nivel educacional más alto que terminó completamente? (sólo una marca). -Ninguno 0 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Primaria 1 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Secundaria Básica 2 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Obrero Calificado 3 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Preuniversitario 4 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Técnico Medio 5 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Pedagogía Nivel Medio 6 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Superior o Universitario 7 <u>0</u> <input type="checkbox"/>		17. ¿Qué hizo la semana anterior al día 7 de septiembre? -Trabajó 01 <input type="checkbox"/> -Tenía trabajo pero no trabajó 02 <input type="checkbox"/> -Buscaba trabajo porque lo había perdido 03 <input type="checkbox"/> -Buscaba trabajo por primera vez 04 <input type="checkbox"/> -Jubilado o Pensionado 05 <input type="checkbox"/> -Rentista o Recibe ayuda económica 06 <input type="checkbox"/> -Quehaceres del hogar 07 <input type="checkbox"/> -Estudiante 08 <input type="checkbox"/> -Incapacitado para el trabajo 09 <input type="checkbox"/> -No realiza ninguna actividad 10 <input type="checkbox"/> -En hospital, asilo o recluso que no trabaja 11 <input type="checkbox"/> -Otra situación 12 <input type="checkbox"/>																																																
4. ¿Es varón o hembra? (sólo una marca). -Varón 1 <input type="checkbox"/> -Hembra 3 <input type="checkbox"/>	13. ¿Qué título o diploma académico obtuvo en el último nivel aprobado? *Ejemplos: Técnico medio en contabilidad, Licenciado en Economía, Obrero calificado en soldadura. _____ <u> </u> <u> </u> según el clasificador		18. ¿Cuál es la ocupación principal u oficio que realizó en ese trabajo? *Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc. _____ <u> </u> <u> </u> según el clasificador																																																
5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento y edad en años cumplidos? Día _____ Mes _____ Año _____ Edad _____	14. ¿Sabe Ud. leer y escribir ? *Marque "Sí" sin preguntar al que aprobó segundo grado o más Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/>		19. A) ¿Cuál es el nombre del lugar donde estuvo vinculado laboralmente en esa semana? *Ejemplos: Combinado textil, Hospital materno, cafetería, trabajador individual, cooperativa, etc. _____ <u> </u> <u> </u> según el clasificador																																																
6. ¿Cuál es el color de piel? (sólo una marca). -Blanco 1 <input type="checkbox"/> -Negro 2 <input type="checkbox"/> -Mestizo o mulato 3 <input type="checkbox"/>	15. ¿Está matriculado actualmente en un centro educacional del Sistema Nacional de Educación o del extranjero? (sólo una marca). Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/>		B) ¿A qué se dedica dicho lugar? *Ejemplos: ganadería, reparación de prendas de vestir, alimentación pública, servicios de alojamientos, etc. _____ <u> </u> <u> </u> según el clasificador																																																
7. ¿Dónde residía su mamá cuando usted nació? -En este municipio 1 <input type="checkbox"/> -En otro municipio o país 3 <input type="checkbox"/> (indique el municipio, provincia o país) Municipio _____ <u> </u> <u> </u> Provincia _____ <u> </u> <u> </u> País _____ <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> -No sabe 9 <input type="checkbox"/>	10. ¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?		20. ¿Tiene una ocupación secundaria? *Para que exista una ocupación secundaria el trabajador debe desempeñarse simultáneamente, en más de un empleo. Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Fin de la entrevista.																																																
8. A) ¿Siempre ha vivido en este Municipio? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> pase a pregunta 10 B) ¿En qué municipio o país residía antes de trasladarse? Municipio _____ <u> </u> <u> </u> Provincia _____ <u> </u> <u> </u> País _____ <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> -No sabe 9 <input type="checkbox"/>	10. ¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?		21. ¿Cuál es la ocupación u oficio que realizó en esa ocupación secundaria? *Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc. _____ <u> </u> <u> </u> según el clasificador Fin de la entrevista																																																
9. ¿Cuánto tiempo ha vivido en este municipio desde que se trasladó del anterior municipio o país? -Años <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> -Menos de un año 00 <input type="checkbox"/> -No sabe 99 <input type="checkbox"/>	10. ¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Padecimientos</th> <th>Congénito</th> <th>Adquirido</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Deficiente permanente del habla o mudo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Débil auditivo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Sordo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Ciego</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Ausencia de extremidades superiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Invalidez de extremidades superiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Ausencia de extremidades inferiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Invalidez de extremidades inferiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i) Enfermo mental crónico</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j) Retraso mental</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k) Ninguno de los anteriores</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Padecimientos	Congénito	Adquirido	No sabe	a) Deficiente permanente del habla o mudo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	b) Débil auditivo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	c) Sordo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	d) Ciego	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	e) Ausencia de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	f) Invalidez de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	g) Ausencia de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	h) Invalidez de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	i) Enfermo mental crónico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	j) Retraso mental	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	k) Ninguno de los anteriores	9 <input type="checkbox"/>			
Padecimientos	Congénito	Adquirido	No sabe																																																
a) Deficiente permanente del habla o mudo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
b) Débil auditivo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
c) Sordo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
d) Ciego	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
e) Ausencia de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
f) Invalidez de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
g) Ausencia de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
h) Invalidez de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
i) Enfermo mental crónico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
j) Retraso mental	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
k) Ninguno de los anteriores	9 <input type="checkbox"/>																																																		

Sección IV. Datos de la persona

1. Persona No. 0 | 3

Nombre(s) y Apellidos

2. ¿Qué parentesco o relación tiene con el jefe(a) del hogar?

-Hijo/a.....2

-Hijastra/a.....3

-Nuera o yerno.....4

-Nieto/a.....5

-Padres o suegros.....6

-Otro pariente.....7

-Otro no pariente.....8

-Miembro de la colectividad.....9

Pase a pregunta 4

3. Número de orden de la madre (o padre) y del cónyuge en el cuestionario

*si no forma parte de este hogar anote "00"

-Hijo/a de.....

-Cónyuge de.....

4. ¿Es varón o hembra? (sólo una marca).

-Varón.....1

-Hembra.....3

5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento y edad en años cumplidos?

Día Mes Año

Edad

6. ¿Cuál es el color de piel? (sólo una marca)

-Blanco.....1

-Negro.....2

-Mestizo o mulato.....3

7. ¿Dónde residía su mamá cuando usted nació?

-En este municipio.....1

-En otro municipio o país.....3

(indique el municipio, provincia o país)

Municipio

Provincia

País

-No sabe.....9

Pase a la pregunta 8

8. A) ¿Siempre ha vivido en este Municipio?

Sí 1 No 3

B) ¿En qué municipio o país residía antes de trasladarse?

Municipio

Provincia

País

-No sabe.....9

9. ¿Cuánto tiempo ha vivido en este municipio desde que se trasladó del anterior municipio o país?

-Años.....

-Menos de un año.....00

-No sabe.....99

10. ¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?

Padecimientos	Congénito	Adquirido	No sabe
a) Deficiente permanente del habla o mudo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Débil auditivo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Sordo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Ciego	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Ausencia de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Invalidez de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Ausencia de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Invalidez de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Enfermo mental crónico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Retraso mental	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
k) Ninguno de los anteriores	9 <input type="checkbox"/>		

Para personas de 6 años y más

11. ¿Cuál es el grado o año de estudio más alto aprobado?

-Ninguno.....0 | 0 |

-Primaria.....1 | 0 |

(1 a 6)

-Secundaria Básica.....2 |

(7 a 10)

-Obrero Calificado.....3 | 0 |

(1 a 5)

-Preuniversitario.....4 |

(10 a 13)

-Técnico Medio.....5 | 0 |

(1 a 5)

-Pedagogía Nivel Medio.....6 | 0 |

(1 a 5)

-Superior o Universitario.....7 | 0 |

(1 a 7)

Pase a la pregunta 14

12. ¿Cuál es el nivel educacional más alto que terminó completamente? (sólo una marca).

-Ninguno.....0

-Primaria.....1

-Secundaria Básica.....2

-Obrero Calificado.....3

-Preuniversitario.....4

-Técnico Medio.....5

-Pedagogía Nivel Medio.....6

-Superior o Universitario.....7

Pase a la pregunta 14

13. ¿Qué título o diploma académico obtuvo en el último nivel aprobado?

*Ejemplos: Técnico medio en contabilidad, Licenciado en Economía, Obrero calificado en soldadura.

según el clasificador

14. ¿Sabe Ud. leer y escribir?

*Marque "SI" sin preguntar al que aprobó segundo grado o más

Sí 1 No 3

15. ¿Está matriculado actualmente en un centro educacional del Sistema Nacional de Educación o del extranjero? (sólo una marca).

Sí 1 No 3

Para personas de 12 años y más

16. ¿Cuál es su estado civil o conyugal? (sólo una marca).

-Casado /a.....1

-Unido /a.....2

-Divorciado /a.....3

-Separado /a.....4

-Viudo /a.....5

-Soltero /a.....6

Para personas de 15 años y más

17. ¿Qué hizo la semana anterior al día 7 de septiembre?

-Trabajó.....01

-Tenía trabajo pero no trabajó.....02

-Buscaba trabajo porque lo había perdido.....03

-Buscaba trabajo por primera vez.....04

-Jubilado o Pensionado.....05

-Rentista o Recibe ayuda económica.....06

-Quehaceres del hogar.....07

-Estudiante.....08

-Incapacitado para el trabajo.....09

-No realiza ninguna actividad.....10

-En hospital, asilo o recluso que no trabaja.....11

-Otra situación.....12

Pase a pregunta 18

18. ¿Cuál es la ocupación principal u oficio que realizó en ese trabajo?

*Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc.

según el clasificador

19. A) ¿Cuál es el nombre del lugar donde estuvo vinculado laboralmente en esa semana?

*Ejemplos: Combinado textil, Hospital materno, cafetería, trabajador individual, cooperativa, etc.

B) ¿A qué se dedica dicho lugar?

*Ejemplos: ganadería, reparación de prendas de vestir, alimentación pública, servicios de alojamientos, etc.

según el clasificador

20. ¿Tiene una ocupación secundaria?

*Para que exista una ocupación secundaria el trabajador debe desempeñarse simultáneamente, en más de un empleo.

Sí 1 No 3

Fin de la entrevista.

21. ¿Cuál es la ocupación u oficio que realizó en esa ocupación secundaria?

*Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc.

según el clasificador

Fin de la entrevista

Revisión primaria

Nombre y apellidos del enumerador Fecha de la enumeración Supervisor Oficina de Área

Día Mes