

## 400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°		Nombre:	Informante N°
------------	--	---------	---------------

**400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?**

DÍA	MES	AÑO

**LAS PREGUNTAS 401A Y 401B SON SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD**

**401A. EN LOS ÚLTIMOS 36 MESES DE..... A....., ¿TUVO UD. ALGÚN PARTO?**

SI.....1 →

NO.....2 →

N° de  
controles  
Prenatales del  
último parto

PASE A 401

**401B. ¿A DÓNDE ACUDIÓ EN SU ÚLTIMO PARTO?**

Puesto de salud MINSA.....1

Centro de salud MINSA.....2

Centro o puesto de salud CLAS.....3

Posta, policlínico ESSALUD.....4

Hospital MINSA.....5

Hospital del Seguro (ESSALUD).....6

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....7

Consultorio médico particular.....8

Clínica particular.....9

En su domicilio (de la paciente).....10

Casa de comadrona o partera.....11

Otro.....12  
(Especifique)

**A PARTIR DE LA PREGUNTA 401 A 419 SE APLICAN A TODAS LAS PERSONAS**

**401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?**  
(Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí.....1

No.....2

**402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL.....AL..... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):**  
(Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)?.....1

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?.....2

Recaída de enfermedad crónica?.....3

Accidente?.....4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente?.....5 →

**402A. ¿Cuántos días no pudo realizar sus actividades normalmente?**


PASE A 410

**403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?**  
(Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA.....1

Centro de salud MINSA.....2

Centro o puesto de salud CLAS.....3

Posta, policlínico ESSALUD.....4

Hospital MINSA.....5

Hospital del Seguro (ESSALUD).....6

Hospital de las FF.AA. y/o

Policía Nacional.....7

Consultorio médico particular.....8

Clínica particular.....9

Farmacia o botica.....10

En su domicilio (del paciente).....11

Casa de huesero, curandero.....12

Otro.....13  
(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN.....14

PASE A 409

**404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?**  
(Acepte una o más alternativas)

Médico.....1

Dentista/odontólogo.....2

Obstetiz.....3

Enfermera(o).....4

Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud).....5

Promotor(a).....6

Otro.....7  
(Especifique)

**406. ¿RECIBIÓ LOS SERVICIOS DE: .....**

		(406A) ¿Cómo lo pagó?
SI	NO	
		Seguro integral de salud (SIS) pagó todo 1
		SIS pagó una parte.....2
		EsSalud pagó todo.....3
		EsSalud pagó parte.....4
		Seguro privado pagó.....5
		Seguro privado pagó una parte.....6
		Ud. pagó todo.....7
		Donado por el MINSA.....8
		Otro(Especifique).....9

1. Consulta?.....

2. Medicinas?.....

3. Análisis?.....

4. Rayos X?.....

5. Otro examen?.....  
(Especifique)

<b>OBSERVACIONES</b>	

# RECUADRO A

## ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a pregunta 410.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407A.

## 407A. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ SE ENCUENTRA:

- Muy cerca?..... 1  
Cerca?..... 2  
Lejos?..... 3  
Muy Lejos?..... 4  
NO SABE ..... 5

## 407B. ¿PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR FUE:

- Muy poco?..... 1  
Poco?..... 2  
Bastante?..... 3  
Demasiado?..... 4  
NO SABE ..... 5

## 407C. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON LOS ENCONTRÓ:

- Todos?..... 1  
La mayoría?..... 2  
Muy pocos?..... 3  
Ninguno?..... 4  
NO SABE ..... 5

## 407D. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, EL TRATO DEL PROFESIONAL FUE:

- Muy bueno?..... 1  
Bueno?..... 2  
Malo?..... 3  
Muy malo?..... 4  
NO SABE ..... 5

## 407E. ¿SE SOLUCIONÓ EL PROBLEMA DE SALUD POR EL CUAL BUSCÓ ATENCIÓN?

- Sí, totalmente ..... 1  
Sí, parcialmente ..... 2  
No, porque no tuvo dinero para medicamentos..... 3  
No, porque no siguió las indicaciones del médico..... 4  
No, porque el tratamiento no es el adecuado ..... 5  
Aún no concluye el tratamiento..... 6  
Otro..... 7

(Especifique)

**PASE A 410**

## 409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

(Acepte una o más alternativas)

- No tuvo dinero..... 1  
Se encuentra lejos ..... 2  
Demoran mucho en atender ..... 3  
No confía en los médicos..... 4  
No era grave/ no fue necesario ..... 5  
Prefiere curarse con remedios caseros..... 6  
No tiene seguro..... 7  
Se auto recetó o repitió receta anterior .... 8  
Falta de tiempo ..... 9  
Por el maltrato del personal de salud ..... 10  
Otro ..... 11

(Especifique)

## 410. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?

Sí ..... 1 →

Nº Veces

No ..... 2 → **PASE A 412**

## 411. ¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?

(Acepte una o más alternativas)

- Centro de salud MINSA ..... 1  
Policlínico ESSALUD ..... 2  
Hospital MINSA..... 3  
Hospital del Seguro (ESSALUD) ..... 4  
Hospital de las FF.AA. /  
Policía Nacional ..... 5  
Consultorio médico particular ..... 6  
Clínica particular ..... 7  
Otro (posta médica, centro médico, etc.) ..... 8

(Especifique)

## 412. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿TUVO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

- Sí ..... 1  
No ..... 2

## 413. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR PREVENCIÓN Y/O DESPISTAJE:

	Sí	No	NO CORRESPONDE	413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?	
				PROGRAMA SOCIAL	EN FORMA PARTICULAR
1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 10 años de edad)?	1	2	3	1	2
2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?	1	2	3	1	2
3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?	1	2		1	2
4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?	1	2	3	1	2
5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?	1	2		1	2

## OBSERVACIONES

<b>OBSERVACIONES</b>	