

MÓDULO 5. CUIDADOR/A PRINCIPAL

ENTREVISTADOR/A: Este módulo sólo aplica cuando el/la cuidador/a principal no coincide con la madre biológica del/la niño/niña seleccionado/a, independientemente de si el/la cuidador/a vive o no en el mismo hogar que el/la niño/niña seleccionado/a. Si los dos coinciden (es decir, si la madre biológica es el/la cuidador/a principal) el módulo NO APLICA.

CONTROL OPERATIVO


1. Fecha de visita	2. Tipo de supervisión	3. Resultado de la visita	RÓTULO
Día Mes Año	Acompañamiento 1 <input type="checkbox"/>	Completa 1 <input type="checkbox"/>	
1.	Verificación personal 2 <input type="checkbox"/>	Incompleta 2 <input type="checkbox"/>	
2.	Verificación telefónica 3 <input type="checkbox"/>	Ausente 3 <input type="checkbox"/>	
3.	Ninguna 4 <input type="checkbox"/>	Se negaron a responder 4 <input type="checkbox"/>	
4. Encuestador/a Identificación	Otra 5 <input type="checkbox"/>	5. ¿Revisó el formulario?	
6. Supervisor/a Identificación		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

ENTREVISTADOR/A: La fecha que muestra el sistema en algunas preguntas corresponde a la última fecha de la visita al hogar (hace DOS AÑOS atrás para Primer Seguimiento y TRES AÑOS Y MEDIO para la Línea de Base). En estos casos, para ayudar al/la entrevistado/a a recordar mencione: "Desde hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO, cuando pesaron y midieron al/la niño/niña y le tomaron la muestra de sangre y después lo/la llevaron para que la psicóloga le aplicara el test de Bayley por última vez..."

I. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN (PARA CUIDADOR/A QUE NO VIVE EN EL HOGAR DEL/LA NIÑO/NIÑA SELECCIONADO/A)

100a. ENTREVISTADOR/A: Nombre del/la cuidador/a principal en la última visita <i>hace DOS AÑOS (FECHA) / TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> : _____		
100b. ENTREVISTADOR/A: ¿El/La cuidador/a principal es la misma persona que en la última visita <i>hace DOS AÑOS (FECHA) / TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ 100e
100b.1 ENTREVISTADOR/A: ¿Cuál es el sexo del/la cuidador/a principal actual?	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
100c. ¿Desde hace cuántos meses está cuidando a (niño/niña seleccionado/a)?	_ _ meses	
100d. ¿Cuál es su relación con (niño/niña seleccionado/a)?	Padre biológico <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Tía/o <input type="checkbox"/> Otro ¿quién? (Especifique)_____ <input type="checkbox"/>	
100e. ¿Es este el mismo cuidador/a que para el/la hermano/a inmediatamente menor de (niño/niña seleccionado/a)?	Sí <input type="checkbox"/> → 101 No <input type="checkbox"/> NA3 <input type="checkbox"/> → 101	
100f. ¿Cuál es su relación con el/la hermano/a inmediatamente menor de (niño/niña seleccionado/a)?	Madre biológica <input type="checkbox"/> Cuidador Principal – si aplica <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Otro ¿quién? (Especifique)_____ <input type="checkbox"/>	
101. ENTREVISTADOR/A: ¿Vive el/la cuidador/a principal en el mismo hogar que (niño/niña seleccionado/a)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	→ 103
102. Nombre, apellido y número de orden de la persona:	_____ _ _	→ III
103. Nombre y apellido	_____	
104. Fecha de Nacimiento:	Día _ _ Mes _ _ Año _ _ _ _	
105. Dirección: _____	106. Barrio o Vereda: _____	

106a. Correo electrónico: _____		
107a. Teléfono fijo: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		b. Teléfono celular: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
108.	¿Cuál es su estado civil?	Unión libre 1 <input type="checkbox"/> Casado/a 2 <input type="checkbox"/> Viudo/a 3 <input type="checkbox"/> Separado/a o divorciado/a 4 <input type="checkbox"/> Soltero/a 5 <input type="checkbox"/>
109.	¿Cuál es su relación con el jefe de su hogar?	Jefe de Hogar 1 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero/a 2 <input type="checkbox"/> Hijo/a 3 <input type="checkbox"/> Hijastro/a 4 <input type="checkbox"/> Yerno o nuera 5 <input type="checkbox"/> Nieto/a 6 <input type="checkbox"/> Padre o madre 7 <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra 8 <input type="checkbox"/> Suegro/a 9 <input type="checkbox"/> Hermano/a o cuñado/a 10 <input type="checkbox"/> Otro pariente 11 <input type="checkbox"/> Amigo/a, no pariente 12 <input type="checkbox"/>
110.	¿Cuántas personas incluido/a usted viven en su hogar?	_ _
111.	¿Cuántos niños/niñas menores de 6 años de edad viven en su hogar?	_ _
112.	¿Tiene usted algún hijo/a biológico/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 118
113.	¿Cuántos hijos hombres tiene usted?	_ _
114.	¿Cuántas hijas mujeres tiene usted?	_ _

115.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su primer hijo/a?	a. Día <input type="text"/> <input type="text"/> b. Mes <input type="text"/> <input type="text"/> c. Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
116.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último hijo/a?	No aplica sólo tiene un hijo/a 1 <input type="checkbox"/> a. Día <input type="text"/> <input type="text"/> b. Mes <input type="text"/> <input type="text"/> c. Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
116a.	 ENTREVISTADORA/A: Revise pregunta 104, ¿la edad está entre 10 y 49 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→118
117.	¿Está usted embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NA 3 <input type="checkbox"/>	
118.	De acuerdo con sus características culturales, considera que pertenece usted a: (lea opciones)	Alguna etnia Indígena 1 <input type="checkbox"/> Comunidad Afro-descendiente 2 <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico 3 <input type="checkbox"/>	
119.	¿A su hogar le han hecho la encuesta del SISBEN?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	→122 →122
120.	¿En qué año le hicieron la encuesta del SISBEN por última vez?	Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
121.	¿En qué nivel lo clasificaron?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No Sabe 7 <input type="checkbox"/> 8 Puntaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
122.	¿Es afiliado/a o beneficiario/a de algún sistema de salud?	EPS Régimen Contributivo 1 <input type="checkbox"/> EPS Régimen Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Régimen especial 3 <input type="checkbox"/> No afiliado/a 4 <input type="checkbox"/>	
123.	¿Tiene usted carta de desplazado/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

II. EDUCACIÓN

201.	¿Sabe leer?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
202.	¿Sabe escribir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
203.	¿Ha asistido alguna vez a la escuela o colegio, incluyendo preescolar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III
204.	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuál es el último año aprobado en ese nivel por ____?		
	Nivel Educativo	1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados
	Ninguno <input type="checkbox"/> → 205		
	Preescolar	1 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Primaria	2 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Secundaria	3 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
	Técnica o Tecnológica	4 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Superior o Universitaria	5 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
205.	¿Asiste actualmente ____ a un establecimiento educativo (aunque esté en vacaciones)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III
206.	ENTREVISTADORA: ¿El nivel educativo alcanzado por ____ a la fecha de esta visita es igual o superior a secundaria completa (6 años aprobados)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III
207.	En una semana normal, ¿cuántos días a la semana asiste ____ al establecimiento educativo?	_ Días	
208.	En promedio, en un día normal, ¿cuántas horas asiste ____ al día?	_ Horas	
209.	En los últimos 20 días de escuela, ¿cuántos días en total dejó de asistir ____ a la escuela (excluyendo los días de vacaciones)?	_ _ Días No dejó de asistir 0 <input type="checkbox"/>	

III. SALUD

ENTREVISTADOR/A: De aquí en adelante esto aplica para todos los/las cuidadores/as principales (diferentes de la mamá), ya sea que vivan en el hogar o que vivan fuera de él.

301.	Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿dejó usted de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer quehaceres de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> ➔ b. ¿Cuántos días? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>
302.	Desde hace DOS AÑOS (FECHA), ¿dejó Ud. de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer que hacer de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) durante 7 DIAS CONSECUTIVOS o más debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> ➔ b. ¿Cuántos días? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/>
303.	Desde hace DOS AÑOS (FECHA) hasta hoy, ¿padeció alguna enfermedad (por ejemplo: diabetes, enf. cardiovascular, enf. bronquial, cirrosis, osteoporosis, cáncer, etc.)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
304.	¿Tiene usted alguna dificultad permanente para...	
	a. Caminar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Hacer actividades vigorosas como correr o transportar objetos pesados	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Ver, escuchar, o hablar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Bañarse o vestirse	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Concentrarse, aprender o acordarse de las cosas	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

ENTREVISTADOR/A: En las preguntas 401, 402, 405 Y 406 mencione el nombre del/la niño/niña seleccionado/a

IV. FUERZA DE TRABAJO		
401.	En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántos días a la semana cuida usted de _____?	<input type="text"/> días
402.	En una semana normal, de lunes a domingo, en promedio, ¿cuántas horas al día pasa usted cuidando a _____?	<input type="text"/> horas
403.	¿Recibe usted un pago por realizar esta actividad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 405

404.	¿Cuánto dinero recibe y con qué frecuencia?	a.\$ _____ b. Día 1 <input type="checkbox"/> Semana 2 <input type="checkbox"/> Cada diez días 3 <input type="checkbox"/> Cada quince días 4 <input type="checkbox"/> Mes 5 <input type="checkbox"/> Otro(especifique) _____ 6 <input type="checkbox"/>
405.	Normalmente, ¿dónde cuida usted a _____?	Casa del/la niño/niña seleccionado/a 1 <input type="checkbox"/> Su casa (la del/la cuidador/a) 2 <input type="checkbox"/> En un centro/establecimiento de cuidado 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>
406.	Normalmente durante el cuidado de ____, ¿cuántos niños/niñas tiene usted a su cargo al mismo tiempo?	Sólo el/ella 0 <input type="checkbox"/> Número de niños/niñas __ _
407.	<p>☞ <i>ENTREVISTADOR/A: preguntar sobre la actividad principal y marcar sólo una opción</i></p> <p>¿Realiza usted alguna otra actividad principal además de la anterior (es decir, además de cuidar del/la niño/niña seleccionado/a)?</p>	Sí, Obrero/a, empleado/a 1 <input type="checkbox"/> Sí, jornalero/a, peón 2 <input type="checkbox"/> Sí, empleada doméstica 3 <input type="checkbox"/> Sí, trabajador independiente o por cuenta propia 4 <input type="checkbox"/> Sí, patrón, dueño o socio de un negocio, finca o parcela 5 <input type="checkbox"/> Sí, trabajador familiar o ayudante sin remuneración (incluye ama de casa) 6 <input type="checkbox"/> Sí, estudio 7 <input type="checkbox"/> No, no realizó ninguna otra actividad 8 <input type="checkbox"/> ➔ V
408.	En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántas horas al día dedica usted a esta actividad?	__ _ horas
409.	En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántos días a la semana dedica usted a esta actividad?	__ _ días

V. USO DEL TIEMPO

☞ *ENTREVISTADOR/A: en las preguntas 503a, 503b y 503c mencione el nombre del/la niño/niña seleccionado/a*

Durante el último día laborable (de lunes a viernes), cuánto tiempo dedicó a _____:	
501. Trabajar por un jornal, salario o sueldo; o en un negocio propio (vendiendo productos, artesanías, etc.); o en su propia granja (cultivando la tierra, cuidando y criando animales, etc.)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
502. Trasládase a trabajar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
502a. Realizar actividades como ir al mercado, al centro de salud, hospital, al banco, reuniones, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
503a. Alimentar, vestir, bañar a _____	a. __ _ horas b. __ _ minutos
503b. Jugar con _____	a. __ _ horas b. __ _ minutos
503c. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con _____	a. __ _ horas b. __ _ minutos
504. Realizar actividades domésticas como cocinar, ayudar en oficios del hogar, lavar y planchar ropa, hacer compras de alimentos, coser, limpiar, cargar agua o leña, tirar la basura, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
505. Llevar/recoger a algún miembro de su hogar a/de la escuela/colegio, hogares sociales ó jardín, centro de trabajo, centro de salud, hospital, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
506a. Alimentar, vestir, bañar, dormir a los/las niños/niñas pequeños/as que son miembros de su hogar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
506b. Jugar con los/las niños/niñas pequeños/as que son miembros de su hogar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
506c. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con los/las niños/niñas pequeños/as miembros de su hogar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507. Cuidar a algún miembro del hogar que esté enfermo o cuidar a ancianos en el hogar que no puedan valerse por sí mismos (incluye alimentar, vestir, bañar, etc.)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507a. Mirar televisión	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507b. Su cuidado personal: por ejemplo, peinarse, arreglarse, hacerse la manicure, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507c. Visitar o pasar tiempo con familiares, vecinos y/o amigos (tomar tinto, ir de visita)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507d. Salir a dar una vuelta (visitar centro comercial y/o almacenes)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507e. Ir a misa o al culto	a. __ _ horas b. __ _ minutos

508. Otras actividades que no haya mencionado y a las cuales haya dedicado bastante tiempo (por ejemplo: (ayudar a vecinos o parientes, en labores comunitarias, etc.). Por favor especificar: _____	a. __ __ horas b. __ __ minutos
509. ¿Fue este último día laborable, un día laborable normal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

VI. CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL				
<p>601. A continuación le voy a leer algunas afirmaciones acerca de los/las niños/niñas pequeños/as. Algunas de estas afirmaciones le pueden parecer verdaderas y otras no tan verdades o incluso falsas. Por favor, piense acerca de lo que usted sabe sobre los/las niños/niñas pequeños/as y señálemelo de la siguiente escala lo que usted cree. No hay respuestas verdaderas o falsas. El objetivo de este ejercicio no es evaluar su conocimiento sobre el desarrollo de los/las niños/niñas ni juzgar su opinión. No se trata de un examen. Lo que nos interesa es conocer lo que usted piensa acerca de cada una de las afirmaciones.</p> <p>👤 ENTREVISTADORA: Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento de niños/niñas pequeños/as. Utilice la ayuda visual para explicarle al/la entrevistado/a las diferentes opciones de respuesta: '1. No es Cierto', '2. Es un Poco Cierto', '3. Es Cierto', '4. Muy Cierto o Totalmente Cierto'.</p>				
	1. No es Cierto	2. Es un Poco Cierto	3. Es Cierto	4. Muy Cierto o Totalmente Cierto
a. Mucha atención y cariño puede malcriar un/una niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si uno carga a un bebé cuando llora, lo enseña a querer estar alzado todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La inteligencia de los/las niños/niñas cambia muy poquito después de que nacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Es bueno que los/las niños/niñas pasen tiempo jugando solos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Es mejor esperar hasta que los/las niños/niñas comprendan lo que uno les dice antes de contarles historias y cuentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Los/Las niños/niñas que conocen más palabras, aprenden a leer antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Felicitar o aplaudir mucho a un/una niño/niña lo vuelve creído/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Es importante que una mamá con muchas ocupaciones pase mucho tiempo jugando con su niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lo que una mamá haga con su niño/niña influye la capacidad de aprendizaje futura del/la niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. A los/las niños/niñas que conocen más palabras, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k. Dar una palmada a un/una niño/niña puede ser una buena forma de enseñarle lo que puede y lo que no puede hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. A los/las niños/niñas que juegan mucho con sus mamás y con otros niños/niñas, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cuando un/una niño/niña golpea a otro sin razón, puede ser necesario darle una palmada para enseñarle que no debe hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Un/Una niño/niña de un año sabe distinguir lo que está bien de lo que está mal (ej. coger sin permiso el juguete de otro/a niño/niña, salir a la calle sin permiso, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Es importante que los padres enseñen las letras del abecedario a los/las niños/niñas de un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. No importa lo que la mamá haga, cada niño/niña empieza a hablar según su naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. A los/las niños/niñas que les va mejor en la escuela, ganan más dinero cuando son mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. DATOS DE UBICACIÓN Y CONTACTO		
<p>🗣️ ENTREVISTADOR/A: Lea el siguiente texto: Señor/a _____, es posible que vuelva a contactarla en el futuro, por tal razón es importante contar con el nombre de dos contactos que puedan dar razón de su ubicación en caso de cambio de residencia.</p> <p>🗣️ ENTREVISTADOR/A: Solicite dos números telefónicos en donde se pueda ubicar nuevamente al entrevistado/a, si el entrevistado/a pertenece al hogar debe referir otros datos de contacto diferentes a los mencionados en el módulo 1</p>		
801. Datos del contacto 1 a. Nombre completo <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em;"></div>	b. Teléfono fijo 1 <div style="text-align: center;"> Indicativo . Número <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </div> c. Teléfono celular 1 <div style="text-align: center;"> Operador Número <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </div>	d. Tipo de Relación <div style="margin-bottom: 10px;"> Familiar 1 <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> Vecino/a o amigo/a 2 <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> Relación laboral 3 <input type="checkbox"/> </div> <div> De una entidad o negocio cercano 4 <input type="checkbox"/> </div>
e. ¿Cuál es la dirección o señas para ubicarlo/a? No la conoce1 <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

[illegible]

OBSERVACIONES:	