



ENCUESTA DE HOGARES DE
PROPOSITOS MULTIPLES 2014

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

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

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

Fecha

Resultado

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA VISITA

TIPO A	TIPO B	TIPO C
1. COMPLETA	5. DESOCUPADA	7. OTROS
2. AUSENTE TEMPORAL (P)	6. VACANTE USADA TEMPORALMENTE PARA NEGOCIO O ALMACENAJE	(Especifique)
3. REHUSO		
4. OTROS		

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

NUMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE

BOLETA ANEXA

1. Si 2. No

SECCIÓN 0: NÚMERO DE MIEMBROS FUERA DEL HOGAR

1. ¿ALGUNO(AS) DE LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR SE ENCUENTRA RESIDIENDO ACTUALMENTE EN EL EXTRANJERO (POR TRABAJO PERMANENTE O BECADO(A) SIN GASTO PARA EL HOGAR, POR MAS DE 3 MESES)?

Sí 1 No 2 → Pase a 2

¿Cuántos(as)?

TOTAL	HOMBRES	MUJERES

2. ¿TIENE EN EL HOGAR PUPILOS(AS)?

Sí 1 No 2 → Pase a 3

¿Cuántos(as)?

TOTAL	HOMBRES	MUJERES

3. ¿HA REALIZADO USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ALGÚN VIAJE (DESPLAZAMIENTO FUERA DE SU ENTORNO HABITUAL) INCLUYENDO TODOS LOS VIAJES EN EL SALVADOR Y EN EL EXTRANJERO CON FINES DE OCIO O NEGOCIO (DISTINTOS AL DE EMPLEARSE EN DESTINO) INCLUIDAS EXCURSIONES Y VIAJES A SEGUNDA RESIDENCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

Sí 1 No 2 → Pase a 6

	CON PERNOCTACIÓN	DE UN DÍA
4. DE LOS VIAJES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, ¿CUÁNTOS REALIZÓ CON PERNOCTACIÓN Y CUÁNTOS NO (VIAJES DE EXCURSIÓN)?		
5. ¿CUÁNTO FUE EL GASTO POR LOS VIAJES CON PERNOCTACIÓN Y DE UN DÍA?	\$	

6. ¿EXISTE EN ESTE HOGAR ALGÚN NIÑO O NIÑA MENOR DE 18 AÑOS QUE SU PADRE O MADRE NO VIVA(N) EN ESTE HOGAR?

Sí 1 No 2 → Pase a 7

No	MUERTE	MIGRACIÓN	ABANDONO	OTROS
ORDEN	1. No	1. No	1. No	Especifique
Anote el código de la TRH que aplique	2. Padre	2. Padre	2. Padre	
	3. Madre	3. Madre	3. Madre	
	4. Ambos	4. Ambos	4. Ambos	

7. SI AL ADQUIRIR UN BIEN O SERVICIO, NO CUMPLEN CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO, ¿INTERPONDRÍA UNA DENUNCIA EN LA DEFENSORÍA DEL CONSUMIDOR?

1. Sí
2. No
3. NS / NR → Si es código 1 ó 3 pase a pregunta 9

8. ¿POR QUÉ NO INTERPONDRÍA LA DENUNCIA?

9. ANTE UN ALZA DE PRECIOS EN LA CANASTA BÁSICA ¿INTERPONDRÍA LA DENUNCIA ANTE DEFENSORÍA DEL CONSUMIDOR?

1. Sí
2. No
3. NS / NR → Si es 1 ó 3 Finalice Sección

10. ¿POR QUÉ NO INTERPONDRÍA LA DENUNCIA?

NOTA: LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN ANOTADOS EN LAS PREGUNTAS 1 Y 2, NO SE REGISTRARÁN EN LA SECCIÓN 1:"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS".

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS											
101	102	103	104	105		106	107	108 A	108	109	
N° DE O R D E N	¿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 puertas adentro, estudiantes en el extranjero y/o enfermos(as) financiados por el hogar)	¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE (...) CON EL(LA) JEFE(A) DEL HOGAR? 01. Jefe(a) 02. Esposa(o), compañera(o) 03. Hijo(a) 04. Padre/Madre 05. Hermano (a) 06. Yerno / nuera 07. Nieto(a) 08. Suegro(a) 09. Otros familiares 10. Empleada(o) doméstica(o) 11. Otros _____ (Especifique)	¿EL SEXO DE (...) ES ? 1. Hombre 2. Mujer	¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?		¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS? (Anote 00,para los menores de 1 año)	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD	¿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)	¿DURANTE EL MES ANTERIOR (...) TUVO? 1. Algún Síntoma 2. Alguna enfermedad 3. Lesión por Accidente 4. Lesión por hecho violento 5. No tuvo	N° DE O R D E N	
							¿CUÁL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (...)?				
				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	
						Haga un círculo sobre el No. de orden de personas con códigos de 1 a 4 en pregunta 108					
OBSERVACIONES:											

SECCION 2: EDUCACION	
PARA TODAS LAS PERSONAS SIN RESTRICCION DE EDAD	

[illegible]

OBSERVACIONES:

[illegible]

SECCIÓN 2: EDUCACIÓN																										
N° DE O R D E N T R H		223				223.A				223.B				223.C				223.D				223. E				
		¿ A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN MATRICULA?				¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN UTILES?				¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN UNIFORMES?				¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN TEXTOS?				¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN CALZADO ESCOLAR?				¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN CUOTA DE PADRES/MADRES DE FAMILIA?				
		No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	
5		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
		1				1				1				1				1				1				
	Observaciones																									

SECCIÓN 2: EDUCACIÓN																		
N° DE O R D E N TRH Anote el código de la TRH que aplique		224				224.A				224.B				224.C				
		¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO MENSUAL DE (...) EN CUOTA ESCOLAR?					¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO MENSUAL DE (...) EN TRANSPORTE?				¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO MENSUAL DE (...) EN REFRIGERIO?				¿A CUÁNTO ASCIENDEN LOS OTROS GASTOS DE (...) ? (Pupilaje, renta, etc)			
			No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros	No gastó	Monto gastado	Monto donado	Otros
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
		1				1				1				1				
Observaciones:																		

[illegible]

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA										
301.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)					308. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA? 1. Inquilino (a) → Pase a 311 2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Propietario(a) Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/> 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)					
			No. de pisos							
			1.Si 2.No							
302. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES: TECHO EXTERNO 1. ¿Losa de concreto? (No aplica código 6) 2. ¿Teja de barro o cemento? 3. ¿Lámina de asbesto o fibra cemento? 4. ¿Lámina metálica? 5. ¿Paja o palma? 6. ¿Materiales de desecho? (No aplica código 6) 7. ¿Otros materiales? _____ (Especifique) 8. ¿Cielo falso?					309. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA? 1. Si 2. No → Pase a 310A					
					310. ¿QUÉ VALOR EN DINERO TENDRÍAN ESTOS BIENES O SERVICIOS EL MES PASADO? <input type="text"/> \$					
					Pase a 311					
					310 A. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA ¿CUANTO CREE QUE PAGARÍA POR MES? <input type="text"/> \$					
					Pase a 311 si respondió en pregunta 309 código 2					
303. 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)					310 B. ¿ESTÁ EL TERRENO INSCRITO EN EL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR? 1. Sí 2. No 3. Esta en tramite 4. No sabe ¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTA INSCRITO? (IDENTIFICAR MIEMBRO DEL HOGAR)					
					311. ¿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)					
					Si responde 1 ó 2, cuantas horas al día no recibe el servicio.....					
					312. ¿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) Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana ¿Cuántos días le cayó agua?..... Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana ¿Cuántas horas al día le cayo agua?					
					313. ¿CÓMO SE ABASTECE DE AGUA ESTA VIVIENDA? 01.Cañería del vecino(a) 02. Pila, chorro público o cantarera 03.Camión carreta o pipa 04. Pozo con tubería privado 04.1 Pozo con tubería público 05.Pozo protegido privado 05.1 Pozo protegido público 06. Pozo no protegido privado 06.1 Pozo no protegido público 07. Ojo de agua, río o quebrada 08. Manantial protegido 09. Manantial no protegido 10. Colecta agua lluvia 11. Acarreo de cañería del vecino(a) 12. Chorro común 13. Otros medios _____ (Especifique)					
304. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES: 1. ¿Ladrillo cerámico? 2. ¿Ladrillo de cemento? 3. ¿Ladrillo de barro? 4. ¿Cemento? 4.1 Rústico 4.2 Pulido 5. ¿Tierra? 5.1 Suelta 5.2 Compactada 6. ¿Otros materiales? _____ (Especifique)					314. ¿QUIÉN ACARREA AGUA PARA USO DOMESTICO EN SU HOGAR? (si no es miembro del hogar quien acarrea el agua, anote 99) Si es 00 pase a 315 ¿CUÁNTO TIEMPO OCUPA EN UN DIA PARA ACARREAR EL AGUA? ¿CUÁNTO PAGA SEMANALMENTE POR EL ACARREO DE AGUA? \$ ¿CUÁNTOS DIAS A LA SEMANA ACARREAN AGUA?					
			Detalle							
305. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA ¿CUÁNTAS HABITACIONESSON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?										
306. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?										
307.CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE PARA TRABAJAR O PARA NEGOCIO? (No lo utilizan o lo comparten anotar 00)										

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA					
315. ¿LE HACE ALGUN TRATAMIENTO AL AGUA QUE BEBEN? 1. Sí 2. No 3. Compra agua envasada		321. ¿COMPARTE ESTE HOGAR EL SERVICIO SANITARIO QUE UTILIZA, CON OTROS HOGARES? 1. Sí 2. No			
316. ¿QUÉ TRATAMIENTO LE DAN AL AGUA QUE BEBEN? 1. La hierven antes de usarla 2. Utilizan filtro de agua 3. La tratan con algún producto (lejía, cloro, puriagua) 4. Desinfección solar 5. La filtra con una tela 6. La deja asentar 7. Otros (Especifique)		¿CUÁNTOS HOGARES COMPARTEN EL SERVICIO SANITARIO?			
			322. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR QUE POR ALGUNA RAZÓN NO UTILIZA EL SERVICIO SANITARIO? 1. Sí 2. No		
317. 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)		323. POR QUÉ RAZÓN NO LO UTILIZA? 1. Es menor de 5 años 2. Por enfermedad 3. Por discapacidad 4. Por que no le gusta usarlo 5. Por falta de agua 6. Se terminó la vida útil de la letrina 7. Se encuentra dañada la infraestructura 8. Muy incómodo 9. Se utiliza para otro fines 10. Por el mal olor 11. Otros (Especifique)	a		
			b		
			c		
317 A. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA? 1. Si, dentro de la vivienda 2. Si, fuera de la vivienda 3. Si tiene pero no lo utiliza 4. No tiene		324. ¿QUÉ HACEN CON LAS EXCRETAS? 1. La depositan en servicio sanitario 2. Se depositan en un pozo o resumidero 3. Se depositan en una quebrada o río 4. Va a la calle o al aire libre 5. Otros (Especifique)	a		
			b		
			c		
318. ¿CUENTA CON ACCESO A SERVICIO SANITARIO? 1. Si, de familiar o amigo(a) 2. No tiene		325. ¿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)			
319. 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?		325A. ¿QUÉ BENEFICIOS RECIBE EL HOGAR DE PARTE DEL GOBIERNO? 1. Subsidio de Gas 2. Subsidio Energía Eléctrica 3. Bonos Comunidades Solidarias Rurales 4. Bonos Comunidades Solidarias Urbanas 5. Pensión Básica Universal 6. Subsidio de Agua 7. Otros. 8. Paquete agrícola (Especifique)	1. Si 2. No 3. NR ó NS		
			1		
			2		
320. ¿EL TIPO DE LETRINA QUE UTILIZA ES? 1 Letrina de hoyo o pozo con plataforma 2 Letrina de hoyo o pozo con plataforma para sentarse			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA													
326. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR? 1. Electricidad 2. Kerosene (gas) 3. Gas propano 4. Leña 5. Carbón 6. Ninguno 7. Otros _____ (Especifique)					330. EQUIPAMIENTO DEL HOGAR			1. Sí		¿Cuántos?			
								2. No					
327. ¿TIENE USTED EMPLEADAS(OS) DOMÉSTICAS(OS)? 1. Sí 2. No ¿CUÁNTO LE(S) PAGA MENSUALMENTE ? \$													
328. ¿TIENE USTED EN USO? 1. Teléfono Fijo 2. Teléfono Celular 3. Internet 3.1 Internet Móvil 4. Cable 5. Cable del vecino			1.Sí 2.No		¿Cuántos?								
328.A. ¿RECICLA USTED LA BASURA? 1. Si 2. No ➡ Pase a 329													
328. B. ¿QUE TIPO DE MATERIAL ES EL QUE RECICLA? 1. Cartón 2. Vidrio 3. Plástico 4. Papel 5. Latas 6. Otros (Especifique)_____			1. Sí		2. No								
			1		2								
			1		2								
			1		2								
			1		2								
			1		2								
			1		2								
329. ¿CÓMO SE DESHACEN DE LA BASURA EN ESTE HOGAR? (QUE NO RECICLA) 1. Recolección domiciliaria pública 2. Recolección domiciliaria privada 3. La depositan en contenedores 4. La entierran 5. La queman 6. La depositan en cualquier lugar 7. Otros _____ (Especifique)													
331. EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL EN..... FUE:													
01. Agua..... 01.1. Agua Envasada 01.2. Agua (Otras fuentes) 02. Electricidad..... 03. Kerosén..... 04. Gas propano..... 05. Candela..... 06. Leña..... 07. Carga de batería..... 08. Módem 09. Teléfono fijo..... 10. Celular 11. Cable /Cable del vecino 12. Internet (Hogar) . . . 13. Cibercafé..... 14. Impuestos Municip.... 15. Pago de Vigilancia.... 16. Recolecc. Basura..... 17. Otros _____ (Especifique)	¿PAGADO O COMPRADO?	¿DONADO O REGALADO?	¿AUTOCONSUMO, AUTOSUMINISTRO?	¿INCLUIDO EN EL ALQUILER?	¿NO GASTO?	¿NO SABE, NO RESPONDE?	¿CUÁNTO FUE EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL?						
							Dólares	Centavos					
	1	2		4	5	6							
	1	2	3		5	6							
	1	2	3		5	6							
	1	2		4	5	6							
	1	2	3		5	6							
	1	2	3		5	6							
	1	2	3		5	6							
	1	2			5	6							
	1	2			5	6							
	1	2			5	6							
	1	2			5	6							
	1	2			5	6							
	1	2			5	6							
	1	2	3		5	6							
	TOTAL												

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO																																									
PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS																																									
401. N° DE ORDEN DE LA TRH				NOMBRE:		402. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE																																			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD				408. ¿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																																					
403. LA SEMANA ANTERIOR (...) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → Pase a 411 2. No																																									
404. 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																																									
SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 403 Y ANOTE CODIGO 1																																									
405. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 406 2. No				409. ¿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. No puede trabajar (discapacitado(a), anciano(a), etc.) 15. Asiste a un centro de formación o capacitación 16. Otros _____ (Especifique) 17. Ya encontró trabajo 18. Espera respuesta del empleador(a) 19. Si buscó trabajo → Regrese a 407 y anote código 1																																					
405. B.¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ? 1. Sí → Pase a 412 2. No → Pase a 407																																									
406.¿ 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 Si responde del 1 al 5, ¿Cuantas semanas al año dejó de trabajar? Si dejó de trabajar menos de 5 días, anotar número de días																																									
406. A. ¿DURANTE ESE PERIODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA? 1. Si → Pase a 412 2. No				409. 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 410. ¿(...)HA TRABAJADO ANTES? 1. Sí → Pase a 436 2. No → Pase a 444 SI RESPONDÍO CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS FINALICE SECCIÓN OCUPADOS(AS) OCUPACIÓN PRINCIPAL 411. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR? <table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">Jornada</td><td></td><td>Horas</td><td>Días</td><td>Jorn.</td></tr><tr><td>A. De lunes a viernes</td><td>1. De 7 AM a 6 PM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>2. De 6 PM a 7 AM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B. De sábado a domingo</td><td>3. Mixta</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> SI RESPONDÍO 40 HORAS O MÁS PASE A 414								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																																								
406. 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 DESOCUPADOS																																									
407. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...)¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? 1. Sí 2. No → Pase a 409				412. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA? <table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">Jornada</td><td></td><td>Horas</td><td>Días</td><td>Jorn.</td></tr><tr><td>A. De lunes a viernes</td><td>1. De 7 AM a 6 PM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>2. De 6 PM a 7 AM</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B. De sábado a domingo</td><td>3. Mixta</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> SI RESPONDÍO 40 HORAS O MÁS PASE A 414								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																																								
				413 ¿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. Otros _____ (Especifique)																																					
414. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA? _____ _____																																									

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO			
415. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA? _____ _____		SOLO PARA CÓDIGO 6 Ó 7 EN PREGUNTA 418	
		425.A. ¿A PARTICIPADO EN ALGÚN CURSO EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA? 1. Sí 2. No 3. No Sabe/No responde	
		425.B. ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, ¿LA EMPRESA/INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA HA LLEVADO A CABO UNA NEGOCIACIÓN COLECTIVA EN RELACIÓN CON LOS SALARIOS U OTRAS CONDICIONES DE TRABAJO? 1. Sí 2. No 3. No Sabe/No responde	
416 . ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA (...)? _____ _____ _____ NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)		Pase a 432	
		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE	
		426. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA: 1. ¿En el hogar entrevistado? 6. ¿En puesto fijo en mercado? 2. ¿En otro lugar fijo? 7. ¿En puesto fijo en vía pública?	

3. ¿Se desplaza?	8. ¿En un local comercial o industrial?	
4. ¿En la calle como ambulante?	9. ¿En el domicilio u oficina de clientes?	
5. ¿En un medio de transporte?		
426.A EN LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA,		
¿LLEVAN CONTABILIDAD?		
1. Si con registros completo	2. Solo de ingresos y gastos	
3. No	4. No Sabe/No responde	
426.B ¿EL NEGOCIO O EL LUGAR DONDE TRABAJA, ¿ESTA REGISTRADO		
EN LAS OFICINAS DE IMPUESTOS Y/O DE SEGURIDAD SOCIAL?		
1. Si	2. No	
3. No Sabe/No responde		

SI RESPONDE CÓDIGO 2 EN TODAS LAS PREGUNTAS PASE A PREGUNTA 418

427. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE (...) INGRESO POR LA VENTA DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS DE SU EMPRESA, ESTABLECIMIENTO O NEGOCIO?		
01. Diaria	06. Trimestral	
02. Semanal	07. Semestral	
03. Quincenal	08. Anual	
04. Mensual	09. Por obra o destajo (promedio mensual)	
05. Bimensual		

428. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO [PERIODO] DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?	
--	--

	\$	

429. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL [PERIODO] DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)?		\$
--	--	----

430. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...) ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?		
1. Sí		
2. No → Pase a 431.A		

431. ¿EN CUÁNTO ESTIMA UD. EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS POR (...) PARA SU CONSUMO EN EL MES ANTERIOR?	
	\$

431.A. ¿CUAL ES EL TIPO DE PROPIEDAD DE LA EMPRESA/NEGOCIO DONDE TRABAJA?	
---	--

1. Propietario individual	2. Sociedad con miembros del mismo hogar	
4. Socieda de capita	3. Sociedad con miembros de dos mas hogares	
5. Otros:		

EMPLEO SECUNDARIO	
-------------------	--

432. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL		
¿TIENE (...) OTRO TRABAJO?		
1. Sí	2. No	Página 444

1. SI 2. NO \longrightarrow **Pase a 444**

433. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJO (...) LA SEMANA ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?	HORAS	

434. ¿CUÁL FUE EL INGRESO NETO O SALARIO QUE RECIBIÓ (...) EL MES ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?	
	\$

435. 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)	
--	--

		MONTO (\$)	VECES AL AÑO
01. Pagos 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)			

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO											
EMPLEO SECUNDARIO U OCUPACIÓN ANTERIOR					442. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJABA (...)?						
436. ¿CUÁL ES (ERA) LA OCUPACIÓN QUE (...) DESEMPEÑA(BA)? 					1. Privado 2. Público						
					443. ¿POR QUÉ DEJO (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?						
					01. Ganaba poco 02. Cerró el establecimiento o finalizó el trabajo 03. Enfermedad o accidente 04. Inhabilitado(a) por hecho violento 05. Se redujo el personal 06. Terminó su contrato de trabajo 07. Por política de reducción del Gobierno 08. Quería estudiar 09. Se jubiló o pensionó 10. Debía realizar tareas del hogar 11. Consiguió un trabajo remunerado 12. Por que recibe remesa 13. Acoso laboral (incluye acoso sexual) 14. Otros _____ <div>(Especifique)</div>						
437. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA) EN DICHA OCUPACIÓN? 					OTROS INGRESOS NO LABORALES						
438. ¿A QUÉ SE DEDICA(BA) LA EMPRESA O INSTITUCIÓN PARA LA CUAL TRABAJA(BA) (...)? <div>NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)</div>					444. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:						
					01. ¿Remesas de familiares desde el exterior? 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? _____ <div>(Especifique)</div>			MONTO (\$)	VECES AL AÑO		
439. ADEMÁS DE (...) ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJA(N)(BAN) EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?					MÁS DE 998 ANOTAR 998						
SI VIENE POR EMPLEO SECUNDARIO PASE A LA 444											
440. EN SU TRABAJO ANTERIOR (...) TRABAJABA EN CALIDAD DE:					OTROS INGRESOS ANUALES						
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 _____ <div>(Especifique)</div>					445. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?						
					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. Aguinaldo..... 12. Otros _____ <div>(Especifique)</div>						
441. ¿HABÍA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO? 1. Sí 2. No											
SI PREGUNTA 440 ES 9 PASE A PREGUNTA 443											
ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR POR TRABAJO					OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES						
446 LA SEMANA ANTERIOR EL ALIMENTO O BEBIDA QUE CONSUMIÓ (...) FUERA DE SU HOGAR CORRESPONDIÓ A: Pase a la siguiente línea			447 ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA?	448 GENERALMENTE ¿CUÁNTO PAGO EN PROMEDIO CADA VEZ?		449 LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:			450 ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA?	451 GENERALMENTE ¿CUÁNTO PAGO EN PROMEDIO CADA VEZ?	
Pase a la siguiente línea				MONTO		Pase a la siguiente línea				MONTO	
	SÍ	NO		Dólares	Centavos		SÍ	NO		Dólares	Centavos
1. ¿Desayuno?	1	2			1.¿Transporte público?	1	2				
2. ¿Almuerzo?	1	2			2.¿Teléfono público?	1	2				
3. ¿Cena?	1	2			3.¿Combustible, reparación de vehículo?	1	2				
4. ¿Refrigerios?	1	2			4.¿Hospedaje?	1	2				
5. ¿Otros? _____	1	2									
(Especifique)											
452. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2013/2014 TUVO (...) EN POSESIÓN (propietario/a) TIERRA CON VOCACION AGROPECUARIA? 1. Sí _____ Mz. 2. No					454. ¿ EN EL PATIO DE SU VIVIENDA DESTINO (...) UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?						
453. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2013/2014 ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES AGROPECUARIAS COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA? 1. Sí 2. No realizó actividades agropecuarias 3. No					1. Sí ➡ Pase a 513						
					2. No ➡ Pase a sección 6						

SECCIÓN 5: ACTIVIDAD DE PRODUCCIÓN AGROPECUARIA

501. N° DE ORDEN DE LA TRH		NOMBRE :		502. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE	
CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD AGROPECUARIA TRABAJADA DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2013/2014 (1º/05/13 AL 30/04/14)					
503. EN RELACIÓN A LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE TRABAJO (...) ES :					
1. Propietario (a) No. de orden del propietario (a) _____				Pase a 1.1	
2. Arrendatario (a)					
3. Colono(a)					
4. Cooperativista					
5. Aparcero(a) (censo)					
6. Ocupante gratuito					
7. No utilizó tierra _____				PASE A 506	
8. Otra forma _____				(Especifique)	
1.1 (SI 503 ES CÓDIGO 1), ¿TIENE (...) TÍTULO DE PROPIEDAD INSCRITO EN EL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO?				1. Sí 2. No 3. No sabe _____	
1.2 ¿SE SIENTE SEGURO(A) (...) DE LA PROPIEDAD DE SU TIERRA?				1. Sí _____	
2. No _____				PASE A 504	
1.3 ¿QUIÉN RECLAMARÍA SU TIERRA?					
1. Hermano(a) 3. Vecino(a) 5. Arrendatario(a) 7. Esposo(a)/ Compañero(a) de vida 9. Otros _____				(Especifique)	
2. Otros parientes 4. Expropietario(a) 6. Banco 8. Hijos/ hijas					
504. ¿ CUÁL ES LA SUPERFICIE TOTAL EN MANZANAS DE LA EXPLOTACIÓN AGROPECUARIA QUE POSEE (...)?					
505. ¿CUÁL ES LA SUPERFICIE CON					
1. Cultivo? 1					
2. Pastos naturales?..... 2					
3. En descanso?..... 3					
4. Bosque o matorrales?..... 4					
5. Dada en arrendamiento?..... 5					
6. Con infraestructura bajo techo (invernaderos, granjas, establos etc.)?..... 6					
7. Otro tipo de infraestructura (corrales, bebederos, etc.)?..... 7					
7.1. Sin tierra pecuaria..... 7.1					
8. Otros? 8					
(Especifique)					
506. ¿A QUÉ ACTIVIDAD AGROPECUARIA SE DEDICÓ (...)?					
1. Agrícola 6. Forestal-pecuaria					
2. Forestal 7. Agrícola-forestal-pecuaria					
3. Pecuaria 8. Piscícola					
4. Agrícola-forestal 9. Apicultura					
5. Agrícola-pecuaria 10 No especificada					
507. ¿SOLICITÓ (...) CRÉDITO PARA LA ACTIVIDAD AGROPECUARIA QUE REALIZÓ ?					
1. Sí					
2. No _____					
PASE A 510					
508. ¿OBTUVO (...) EL CRÉDITO SOLICITADO?					
1. Sí 2. No 3. En trámite					
509. ¿A QUIÉN SOLICITÓ (...) EL CRÉDITO?					
1. Banco Privado 7. Prestamista					
2. Banco de Fomento Agropecuario (BFA) 8. Intermediario/a					
3. Banco Hipotecario 9. Familiares o amigos(as)					
4. Caja de crédito rural 10. ONG's					
5. Compradores de cosecha 11. Agroservicio					
6. Cooperativa 12. Otros _____					
(Especifique)					
510. ¿ CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERIODO) AGROPECUARIA 2013/2014?					
\$					
511. ¿ A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERIODO) AGROPECUARIA 2013/2014?					
\$					
PRODUCCIÓN AGROPECUARIA EN EL PATIO DE LA VIVIENDA					
512. ¿ 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					
513. ¿ QUE TIPO DE CULTIVO (GRANOS, FRUTALES U HORTALIZAS) O CRIANZA DE ANIMALES REALIZO (...) ? (DETALLAR ÁREA UTILIZADA)					
GRANOS CÓDIGO m²					
MAÍZ 1					
FRIJOL 2					
CAFÉ 3					
CAÑA DE AZÚCAR 4					
OTROS 5					
(ESPECIFIQUE)					
HORTALIZAS CÓDIGO m²					
TOMATE 6					
GUISQUIL 7					
RÁBANO 8					
PIPIÁN 9					
CHILES 10					
LOROCO 11					
YUCA 12					
EJOTE 13					
ZANAHORIA 14					
AYOTE 15					
YERBABUENA 16					
ORÉGANO 17					
PEREJIL 18					
ESPINACA 19					
CHIPILÍN 20					
OTROS 21					
(ESPECIFIQUE)					
FRUTALES CÓDIGO CANTIDAD					
NARANJA 22					
COCO 23					
AGUACATE 24					
LIMÓN 25					
JOCOTE 26					
GUINEO 27					
MARAÑÓN 28					
MANGO 29					
ZAPOTE 30					
OTROS 31					
(ESPECIFIQUE)					
ANIMALES CÓDIGO CANTIDAD					
BOVINOS 32					
CERDOS 33					
AVES (GALLOS, GALLINAS Y POLLOS) 34					
PATOS 35					
PAVOS 36					
CONEJOS 37					
CABRAS 38					
CABALLOS 39					
PELIBUEY 40					
CODORNIZ 41					
OTROS 42					
(ESPECIFIQUE)					
514. ¿UTILIZO ESTA PRODUCCIÓN (...) PARA EL CONSUMO DEL HOGAR O PARA SU COMERCIALIZACIÓN?					
1. CONSUMO DEL HOGAR _____					
PASE A PREGUNTA 515 A					
2. COMERCIALIZACIÓN _____					
PASE A PREGUNTA 515 B					
3. AMBOS _____					
CONTESTE 515 A Y 515 B					
4. NO APLICA _____					
TERMINE SECCIÓN					
515 A. ¿EN CUANTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS? (CONSUMO DEL HOGAR)					
\$					
515 B. ¿ A CUANTO ASCIENDE EL INGRESO POR LA VENTA DE LOS PRODUCTOS? (COMERCIALIZACIÓN)					
\$					

SECCIÓN 6: SALUD														
Nº D E O R D E N	601	602	603	604	605					606				
	ANOTAR Nº DE ORDEN Y NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON DE 1 A 4 EN PREGUNTA 108	EN EL MES ANTERIOR. ¿CUÁL FUE EL SINTOMA, ENFERMEDAD Ó LESIÓN MÁS RECIENTE QUE TUVO (...)?	EN EL MES ANTERIOR, ¿A QUIÉN CONSULTÓ (...)?	EN EL MES ANTERIOR, ¿EN QUE LUGAR CONSULTÓ O ATENDIERON A (...)?	¿CUÁNTO FUE EL GASTO EN CONSULTA DE (...)?					¿CUÁNTO FUE EL GASTO EN ANÁLISIS DE LABORATORIO DE (...)?				
		Síntomas 1. Dolor de cabeza 2. Dolor de estómago y/o vómito 3. Temperatura, fiebre y/o calentura 4. Mareos / vértigo 5. Otro _____ (Especifique) 6. Enfermedad 7. Lesión 8. Diarrea	1. Doctor(a) 2. Enfermero(a) 3. Promotor(a) de salud 4. Farmacéutico(a) 5. Curandero(a) 6. Familiar o amigo(a) 7. No consultó con nadie	1. Hospital MINSAL 2. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL 3. Hospital del ISSS 4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS 5. Hospital Militar 6. Hospital o clínica particular 6.1 Bienestar Magisterial 7. ONG's 8. Farmacia 9. Casa del curandero/a o clínica natural 10. Casa del enfermo/a o lesionado 11. Otros _____ (Especifique)	Códigos para cobertura: 1. MINSAL 2. Bienestar magisterial 3. IPSFA 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros. _____ (Especifique)					Códigos para cobertura: 1. MINSAL 2. Bienestar magisterial 3. IPSFA 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros. _____ (Especifique)				
No consultó	Gasto del hogar	Donado por otros/as	Otros	Institución	No tuvo servicio	Gasto del hogar	Donado por otros/as	Otros	Institución					
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
1					1									
OBSERVACIONES:														

SECCIÓN 6: SALUD	
------------------	--

[illegible]

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 6: SALUD	
------------------	--

[illegible]

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 7 : REMESAS FAMILIARES Y OTRAS TRANSACCIONES DEL HOGAR			
701. No. DE ORDEN DE LA TRH:		NOMBRE:	
702. ACTUALMENTE ¿ALGÚN(A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR O QUE FUE PARTE DE ESTE RESIDE EN EL EXTRANJERO?			
<div>1. Sí →<div>¿Cuántos(as)?.....<div></div><div>¿Desde hace cuánto tiempo?.....<div>(Registrar el (la) más reciente)</div><div>Mencione en que país.....<div>1. Estados Unidos3. Australia2. Canadá4. Otros (Especifique)</div></div></div></div></div>			
703. USTED O ALGÚN (A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR ¿RECIBE REGULARMENTE AYUDA ECONÓMICA EN DINERO O EN ESPECIE PROCEDENTE DE FAMILIARES O AMIGOS (AS) RESIDENTES EN EL EXTRANJERO?			
<div>1. Si, en divisas</div> <div>2. Si, en especie → Pase a 706</div> <div>3. Si, ambos</div> <div>4. Recibe de manera eventual → Pase a 705</div> <div>5. No recibe → Finalice sección</div> <div>6. Recibe de manera eventual y en divisas</div>			
704 .			
a.1 ¿CUÁNTO EN EFECTIVO (BILLETES)?		a.1	\$
a.2 ¿A TRAVES DE QUE PERSONA RECIBE LA REMESA?		a.2	
<div>1. Encomendero(a)</div> <div>2. Familiares o amigos(as) que viajaron al exterior</div> <div>3. Familiares o amigos(as) que residen en el exterior y visitaron El Salvador</div> <div>4. Usted mismo(a) cuando salió de viaje</div>			
a.3 Frecuencia		a.3	
b.1 ¿CUÁNTO EN OTROS MECANISMOS (TRANSFERENCIAS BANCARIAS)?		b.1	\$
b.2 Frecuencia		b.2	
CODIGOS DE PERIODICIDAD CON QUE RECIBE LA AYUDA			
<div>1. Anual5. Mensual</div> <div>2. Semestral (2 veces al año)6. Quincenal</div> <div>3. Trimestral (4 veces al año)7. Otros (Especifique)</div> <div>4. Bimensual (6 veces al año)</div>			
705. ¿QUÉ DESTINO LE DA A LA AYUDA RECIBIDA EN EFECTIVO?			
(Anote cantidad en dólares)		EVENTUAL (\$)	DIVISAS (\$)
01. Consumo (alimento, vestido).....			
02. Vivienda (construcción y reparación)			
03. Vivienda cuota alquiler.....			
04. Vivienda cuota compra.....			
05. Negocio (comercio).....			
06. Gastos médicos consulta permanente.....			
07. Gastos médicos internaciòn.....			
08. Otros gastos médicos permanente (exámenes, medicinas, etc).....			
09. Gastos médicos consulta eventual.....			
10. Otros gastos médicos eventuales (exámenes, medicinas, etc).....			
11. Gastos en educación.....			
12. Compra de insumos agrícolas.....			
13. Inversión con fines turísticos.....			
14. Pago de compromisos de miembros que residen en el extranjero.....			
15. Ahorro.....			
16. Otros (Especifique)			
706. EN EL ÚLTIMO AÑO HA RECIBIDO AYUDA EN ESPECIE:			
1. En vestuario.....		1. Sí	2. No
2. En juguetes.....		1	2
3. En medicinas.....		1	2
4. Otros (electrodomésticos, muebles, vehículo, etc.).....		1	2
Si al menos una de las respuestas es Sí, anotar monto total \$			

SECCION 8: CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR												
(SOLO PARA EL(LA) JEFE (A) DE HOGAR O PERSONA ENCARGADA DEL GASTO DEL HOGAR)												
801. NUMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE												
Código (Uso exclusivo de oficina)	802		803		804		805		806		807	
	LA SEMANA PASADA (LUNES A DOMINGO), ¿CONSUMIERON O UTILIZARON ALIMENTOS O BEBIDAS EN ESTE HOGAR?		¿CÓMO LO OBTUVO?		FRECUENCIA ¿CUÁNTAS VECES REALIZA ESTE GASTO O LO ADQUIRE A LA SEMANA?		¿EN CUANTOS DÍAS CONSUME EL BIEN O PRODUCTO?		¿CUÁL FUE EL GASTO TOTAL DE LOS ALIMENTOS QUE COMPRÓ O ADQUIRIÓ?		PRINCIPAL LUGAR DE COMPRA	
	1. Sí, comprados o adquiridos en la semana pasada 2. Sí, comprados o adquiridos antes de la semana pasada 3. No		(Hasta 2 opciones) 1. Comprado 2. Autoconsumo 3. Autosuministro 4. Ayuda familiar 5. Ayuda del Estado 6. Ayuda privada		1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Cuatro veces 5. Cinco veces 6. Seis veces 7. Todos los días				(Especificar el valor en		1. Supermercado 2. Mercado 3. Tienda informal 4. T. especializada 5. Almacén 6. Restaurante 7. Cafetín 8. Comedor 9. Chalet 10. Carrito 11. Ambulante 12. Otros.	
	Excluye: (i) gasto de consumo destinado a personas no miembros de este hogar; (ii) gasto para el negocio; (iii) regalos dados, y (iv) donaciones dadas.										(Especifique)	
01 ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHOLICAS			Código	Opción 1	Opción 2					Dólares	Centavos	
1	011125	Tortilla?										1
2	011102	Pan Francés?										2
3	011101	Pan dulce?										3
4	011122	Arroz precocido?										4
5	011122	Arroz corriente?										5
6	011726	Maíz amarillo?										6
7	011121	Maíz blanco?										7
8	011722	Frijoles de seda?										8
9	011723	Frijoles rojos?										9
10	011723	Frijoles ocre o sangre de toro?										10
11	012101	Café granulado?										11
12	012102	Café soluble?										12
13	011418	Leche entera?										13
14	011403	Leche descremada?										14
15	011417	Leche semidescremada?										15
16	011419	Leche preservada?										16
17	011410	Crema corriente?										17
18	011420	Crema especial?										18
19	011413	Quesillo corriente?										19
20	011421	Quesillo especial?										20
21	011414	Queso duro?										21
22	011407	Queso fresco?										22
23	011414	Queso duro blandito?										23
24	011622	Frutas frescas?										24
25	011203	Angelina?										25
26	011207	Carne molida de res?										26
27	011203	Carne para guisar?										27
28	011216	Costilla de res?										28
29	011203	Lomo rollizo?										29
30	011203	Lomo corriente?										30
31	011203	Posta negra?										31
32	011203	Solomo?										32
33	011201	Pollo?										33
34	011301	Pescado, mariscos?										34
35	011503	Aceite de cocina?										35
36	011502	Aceite de oliva?										36
37	012202	Gaseosas?										37
38	012203	Jugos de frutas y verduras?										38
39	011918	Sal de cocina?										39
40	011801	Azúcar?										40
41	011416	Huevos de gallina?										41
42	012103	Té?										42
43	011508	Mantequilla?										43
44	011507	Margarina y otras grasas vegetales?										44
45	011623	Fruta preservada y productos a base de frutas?										45
46	011725	Vegetales cultivados por su fruta (fresco, enfriado o congelado)?										46
47	011727	Cultivos de raíces, bulbos no almidonados y setas (fresco, enfriado o congelado)?										47
48	011919	Salsas, condimentos?										48
49	011724	Frijol negro?										49
50	011107	Pan de caja?										50
51	011108	Harina de maíz										51
52	011402	Leche en polvo?										52
53												53
54												54
55												55
56												56
57												57
58												58
59												59
11 SERVICIOS DE SUMINISTRO DE COMIDAS PREPARADAS												
60	111201	Platos de desayuno?										60
61	111202	Platos de almuerzo?										61
62	111203	Platos de cena?										62
63	111204	Platos de refrigerio?										63
64	SUMA DE GASTO DE CONSUMO SEMANAL TOTAL											64

SECCIÓN 8: CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR															
808				809	810			811							
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?							
					1. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	4. ¿Ayuda familiar?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?			
								Dólares	Centavos	Dólares	Centavos	Dólares	Centavos		
ARTÍCULOS Y SERVICIOS				1. Sí 2. No											
01	Artículos para higiene personal (jabón, cepillo de dientes, papel higiénico, etc.)?												01		
02	Artículos de lavandería (detergente, jabón de ropa, etc.)?												02		
03	Artículos de aseo del hogar (escoba, desodorante ambiental, desinfectantes, trapeadores, etc.)?												03		
04. A	Entradas al cine, estadio, discoteca?												04. A		
04. B	Libros, revistas, entradas al museo?												04. B		
05	Peluquería, cosméticos y otros cuidados?												05		
06	Lavado de ropa?												06		
07	Combustible?												07		
08	Transporte público (bus, microbús, taxi, etc.)? (Excluya gastos por educación)												08		
09	Otros (pupilage, renta, etc.)?												09		
10	Gastos por cuido de menores de 3 años en guardería y maternal?												10		
11	Gasto en cuido de adultos/as mayores (ancianos/as)												11		
11. A	Artículos de uso de bebés?												11. A		
12	Gastos por comida y cuido de mascotas?												12		
812															
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿EN ESTE HOGAR COMPRARON, OBTUVIERON O UTILIZARON:				¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO? Anotar códigos de 809	LO OBTUVO POR :			¿CUÁL FUE EL VALOR DE?							
					(EXCLUYA GASTOS ANOTADOS EN EDUCACIÓN Y SALUD, EXCEPTUANDO LOS OCASIONADOS POR ENFERMEDAD PERMANENTE)	1. Sí 2. No	1. ¿Compra?	2. ¿Autoconsumo?	4. ¿Ayuda familiar?	Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?	
										Dólares	Centavos	Dólares	Centavos	Dólares	Centavos
01	Prendas de vestir, accesorios y telas?												01		
02	Calzado (Incluye deportivo, reparaciones)?												02		
03	Muebles y artículos de decoración del hogar (sala, dormitorio, etc)?												03		
04	Artículos electrodomésticos (refrigeradora, licuadora, etc.)?												04		
05	Reparación de la vivienda por desastres naturales ?												05		
06	Reparación y mantenimiento de la vivienda?												06		
07	Rep. y mant. de vehículos (auto, bicicleta, motocicleta, etc)?												07		
08	Compra de vehículo?												08		
09	Lavado de vehículo? (car wash)												09		
10	Tejidos para el hogar (sábanas, toallas, cortinas, manteles, etc.)?												10		
11	Equipo de cocina (vajilla, pantries, cocina, etc.)?												11		
12	Gastos en salud (dentista, controles periódicos, lentes, etc.)												12		
13	Transporte interdepartamental e internacional turismo?												13		
14	Transporte interdepartamental e internacional visita familiares amigos/as?												14		
15	Otros gastos (joyería, relojes)?												15		
813				¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO? Anotar códigos de 809				¿CUÁL FUE EL VALOR DE?							
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ESTE HOGAR HA REALIZADO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES GASTOS:			Gasto?												
			Dólares					Centavos							
01	Cuota alimenticia para manutención de hijos e hijas?												01		
02	Donación a instituciones sin fines de lucro (escuela, hospicio, etc.)?												02		
03	Regalos a terceros no miembros del hogar?												03		
04	Pago de seguros de vida, robo, etc.?												04		
05	Pago de seguro médico hospitalario?												05		
06	Cuota o aporte a clubes o asociaciones?												06		
07	Aporte económico a terceros?												07		
08	Gastos en juegos de azar?												08		
09	Matrimonios, funerales y otros?												09		
10	Seguridad en su vivienda (Excluye: Servicios de vigilancia de Sección 3)												10		
OBSERVACIONES:															

SECCIÓN 9: SUBSIDIOS AL HOGAR DE PARTE DEL GOBIERNO									
901. ¿RECIBÍO/RECIBE ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR AYUDA DEL PROGRAMA PISO Y TECHO? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 903		923. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE LA AYUDA? 1. Mensual 2. Bimensual (6 veces al año) 3. Trimestral (4 veces al año)							
902. DE HABER SIDO CUBIERTO POR EL HOGAR, ¿CUÁNTO HABRÍA PAGADO?		924. ¿CUAL ES EL VALOR DE DICHA AYUDA?							
903. ¿ALGUIÉN EN EL HOGAR RECIBE PENSIÓN BÁSICA UNIVERSAL POR SER ADULTO MAYOR? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 906		925. ¿COMPRA GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP)? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 931							
904. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE LA PENSIÓN? 1. Mensual 2. Bimensual (6 veces al año) 3. Trimestral (4 veces al año) 4. Otros		926. ¿CON QUÉ FRECUENCIA COMPRA EL GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP)? 1. Semanal 2. Quincenal 3. Mensual 4. Cada 2 meses 5. Cada 3 meses 6. Más de 3 meses 7. Otros: _____ (Especifique)							
905. ¿CUAL ES EL MONTO QUE RECIBE POR DICHA PENSIÓN?		927. ¿HABITUALMENTE QUE MARCA DE GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP) ADQUIERE? 1. Zeta Gas 2. Tropigas 3. Tomza Gas 4. Total El Salvador							
906. ¿RECIBE ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR AYUDA EN CONCEPTO DE PAQUETE ESCOLAR? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 908		928. ¿HABITUALMENTE DONDE COMPRA EL GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP)? 1. Tienda de colonia 2. Distribuidores mayoristas-detallista (camión) 3. Distribuidores mayoristas-detallista con local 4. Gasolineras 5. Otros: _____ (Especifique)							
907. DE HABER COMPRADO EL HOGAR, DICHO PAQUETE ESCOLAR ¿CUÁNTO HABRÍA PAGADO?		928 A. ¿RECIBE SERVICIO A DOMICILIO ? 1. Si 2. No							
908. ¿A ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR LE BRINDAN AYUDA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y SALUD ESCOLAR? 1. Si, Alimentación 2. Si, Salud Escolar 3. Si, Ambos 4. No → Pase a Pregunta 911									
909. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD BRINDA EL CENTRO ESCOLAR DICHA AYUDA? 1. Diario 5. Trimestral 2. Semanal 6. Semestral 3. Qincenal 7. Anual 4. Mensual	Alimentación								
	Salud Escolar								
910. DE HABERLO COMPRADO (ALIMENTACIÓN Y SALUD) EL HOGAR, ¿CUÁNTO HABRÍA PAGADO?	Alimentación	930. INCURRE EN LOS SIGUIENTES GASTOS AL COMPRAR EL GAS LICUADO DE PETRÓLEO: 1. ¿Servicio a domicilio? 2. ¿Sobre-precio por el vendedor? 3. ¿Otros: (combustible: vehículo, pje de: bus, moto taxi, etc.)?			1. Si 2. No 3. NR/NS Monto				
	Salud Escolar								
911. ¿RECIBE ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR PAQUETE DE SEMILLA MEJORADA Y/O INSUMOS AGRÍCOLAS? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 914		931. ¿RECIBE EL HOGAR AYUDA EN CONCEPTO DE SUBSIDIO DE GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP)? 1. Si 2. No							
912. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE DICHO PAQUETE? 1. Anual 2. 2 veces al año 3. 3 veces al año		919 Ó 922 RESPONDIÓ CÓDIGO 1, DE LO CONTRARIO PASE A PREGUNTA 932.1 SI LE CORRESPONDE, SI NO PASE A PREGUNTA 933							
913. DE HABERLO COMPRADO EL HOGAR DICHO PAQUETE ¿CUÁNTO HABRÍA PAGADO?		932. A QUE DESTINA LA AYUDA QUE RECIBE EN CONCEPTO DE LOS SUBSIDIOS ANTES MENCIONADOS: 1. ¿Consumo (alimento, vestido, etc.)? 2. ¿Vivienda (construcción y reparación)? 3. ¿Negocio (comercio)? 4. ¿Gastos médicos? 5. ¿Gastos en educación? 6. ¿Ahorro? 7. ¿Otros?: _____ (Especifique)			1. Si 2. No 3. NR/NS				
914. ¿RECIBE ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR BECAS PARA EDUCACIÓN FORMAL O FORMACIÓN TÉCNICA? 1. Si, del gobierno 3. Si ambas 2. Si, FOMILENIO 4. No tiene → Pase a Pregunta 916		RESPONDER PREGUNTA 932.1 SI EN PREGUNTA 931 RESPONDIÓ CÓDIGO 1, DE LO CONTRARIO PASE A PREGUNTA 933							
915. SI EL HOGAR LO HUBIERA PAGADO, ¿EN CUÁNTO ESTIMARÍA ESE VALOR?		932.1. ¿A QUE DESTINA LA AYUDA QUE RECIBE EN CONCEPTO DEL SUBSIDIO AL GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP): 1. ¿Consumo (alimento, vestido, etc.)? 2. ¿Compra del Gas Licuado de Petróleo 3. ¿Ahorro? 4. ¿Gastos médicos? 5. ¿Otros?: _____ (Especifique)			1. Si 2. No 3. NR/NS				
916. ¿ALGUIÉN EN EL HOGAR TIENE LA AYUDA DEL PROGRAMA TEMPORAL AL INGRESO (PATI)? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 919		933. QUÉ OPINION LE MERECE EL SUBSIDIO AL GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP): 1. ¿Beneficia al hogar? 2. ¿Considera adecuado el monto? 3. ¿El mecanismo de entrega es eficiente? 4. ¿Lo estan recibiendo los hogares que lo necesitan? 5. Otros: _____ (Especifique)			1. Si 2. No 3. NR/NS				
917. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE DICHA AYUDA? 1. Mensual 2. Bimensual (6 veces al año)		934. PIENSA USTED QUE EL SUBSIDIO AL GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP) DEBERÍA ENTREGARSE: 1. ¿En efectivo (forma actual de entrega)? 2. ¿Por medio de una tarjeta? 3. ¿Por medio de depósito a cuenta? 4. ¿Otros?: _____ (Especifique)							
918. ¿CUÁNTO ES EL MONTO DE DICHA AYUDA?		935. LA PERIODICIDAD DE ENTREGA AL SUBSIDIO DEL GAS LICUADO DE PETRÓLEO (GLP) DEBERIA DE SER: 1. ¿Mensualmente? 2. ¿Cuando el hogar adquiere el gas propano? 3. ¿Otros?: _____ (Especifique)							
919. ¿ALGUNA PERSONA EN EL HOGAR RECIBE AYUDA EN CONCEPTO DE BONOS COMUNIDADES SOLIDARIAS RURALES? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 922									
920. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE LA AYUDA? 1. Mensual 2. Bimensual (6 veces al año) 3. Trimestral (4 veces al año)									
921. ¿CUAL ES EL VALOR DE DICHA AYUDA?									
922. ¿ALGUNA PERSONA EN EL HOGAR RECIBE AYUDA EN CONCEPTO DE BONOS COMUNIDADES SOLIDARIAS URBANAS? 1. Si 2. No → Pase a Pregunta 925									

SECCIÓN MMP-1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS																					
Nº D E O R D E N	¿ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA?	MMP-101		MMP-102		MMP-103				MMP-104	MMP-105		MMP-106								
		¿CUÁNTO TIEMPO DEDICA (...) PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE DESCANSO Y RECREACIÓN EN EL DÍA (VER T.V, VISITAR PARQUE, JUGAR CON VECINOS, ETC.)?		PARA MENORES DE 18 AÑOS ¿QUIÉN ES EL PADRE Y LA MADRE DE (...)? (Anote 99 si padre y/o madre no es miembro del hogar)		PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS															
						¿QUIÉN CUIDA Y/O ALIMENTA NORMALMENTE A (...) ? 1. Papá / Mamá 2. Abuelos 3. Hermanos 4. Tíos 5. Otros parientes 6. Empleada(o) doméstica(o) 7. Vecinos 8. Lo hace sólo 9. Guardería pública 10. Guardería privada 11. Otros _____ (Especifique)				PASAR A MMP-105, SI MMP-103 (CUIDA) = 8 ¿LA PERSONA O GUARDERÍA QUE CUIDA A (...) RECIBE ALGÚN PAGO O REMUNERACIÓN? 1. Sí 2. No		CUANDO LA PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO/A TIENE QUE SALIR ¿CON QUIÉN DEJA A (...)? 1. Con el Papá / Mamá 2. Abuelo / Abuela 3. Con un adolescente (De 13 a 17 años de edad) 4. Con otro niño(a) (De 12 y menos años de edad) 5. Con empleada(o) doméstica(o) 6. Con un vecino(a) 7. Se queda solo 8. Guardería pública 9. Guardería privada 10. Con otro adulto		SOLO SI EN PREGUNTA MMP-105 NO RESPONDE GUARDERÍA PÚBLICA O PRIVADA ¿POR QUÉ NO DEJA A (...) EN UNA GUARDERÍA PÚBLICA O PRIVADA? 1. No existe una guardería cerca de la vivienda 2. No existe una guardería cerca del trabajo 3. Muy caro (no puede pagar) 4. No quiere (prefiere dejarlo en otro lugar o persona) 5. Otros _____ (Especifique)							
																NO APLICA SEXO		NO APLICA SEXO		NO APLICA SEXO	
																CÓDIGO CUIDA		SEXO	CÓDIGO ALIMENTA	SEXO	CÓDIGO
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
OBSERVACIONES:																					


SECCIÓN MMP-1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS										
N° D E O R D E N	MMP-107		MMP-108	MMP-109	MMP-110	MMP-111	MMP-112	MMP-113	MMP-114	
	A. ¿(...) SE CONSIDERA PERTENECIENTE A ALGÚN PUEBLO INDIGENA?		EN SU VIDA DIARIA ¿(...) TIENE DIFICULTAD PARA: CAMINAR, MOVERSE, SUBIR O BAJAR?	EN SU VIDA DIARIA ¿(...) TIENE DIFICULTAD PARA: VER, AUN USANDO LENTES?	EN SU VIDA DIARIA ¿(...) TIENE DIFICULTAD PARA: HABLAR, COMUNICARSE O CONVERSAR?	EN SU VIDA DIARIA ¿(...) TIENE DIFICULTAD PARA: OIR, AUN USANDO APARATO AUDITIVO?	EN SU VIDA DIARIA ¿(...) TIENE DIFICULTAD PARA: VESTIRSE, BAÑARSE O COMER?	EN SU VIDA DIARIA ¿(...) TIENE DIFICULTAD PARA: PONER ATENCIÓN O APRENDER COSAS SENCILLAS?	¿(...) TIENE ALGUNA LIMITACIÓN MENTAL?	
	1. Sí		1. Sí 2. No	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No
	2. No → PASE A MMP-108									
B. ¿A CUÁL?										
1. Lenca										
2. Kakawira (Cacaopera)										
3. Nahuat - Pipil										
4. Afrodescendiente										
5. Otro _____ (Especifique)										
A		B								
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
OBSERVACIONES:										

SECCIÓN MMP-2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA		
MMP-201. AHORA HABLAREMOS SOBRE DAÑOS A SU VIVIENDA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CUANDO LLUEVE, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNA CORRIENTE DE AGUA EN SU CASA O SE INUNDA PARTE DE ELLA? 1. Sí 2. No —————→ PASAR A PREGUNTA MMP-204		
MMP-202. ¿CUÁL FUE LA CAUSA DEL PROBLEMA O INUNDACIÓN? 1. Desborde de río 2. Correntada por lluvia 3. Rotura de tuberías 4. Problemas en techos 5. Otros ————— (Especifique)		
	A	
	B	
	C	
MMP-203. ¿QUÉ DAÑOS HA SUFRIDO DEBIDO A LA INUNDACIÓN O CORRENTADA? 1. Daños en vivienda 2. Pérdida de muebles o enseres 3. Pérdida de alimentos 4. Pérdida de animales de granja 5. Lesiones a un miembro del hogar 6. Enfermedad en un miembro del hogar 7. No tuvo daños 8. Otros daños ————— (Especifique)		
	A	
	B	
	C	
	D	
	E	
	F	
	G	
MMP-204. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA SUFRIDO EN SU TERRENO O VIVIENDA DERRUMBE O ALUD? 1. Sí 2. No —————→ PASAR A PREGUNTA MMP-206		
MMP-205. ¿QUÉ DAÑOS HA SUFRIDO DEBIDO AL DERRUMBE O ALUD? 1. Daños en vivienda 2. Pérdida de muebles o enseres 3. Pérdida de alimentos 4. Pérdida de animales de granja 5. Lesiones a un miembro del hogar 6. No tuvo daños 7. Otros daños ————— (Especifique)		
	A	
	B	
	C	
	D	
	E	
	F	
MMP-206. ¿HAY ALGUNA CÁRCAVA O QUEBRADA CERCANA QUE PUEDA CAUSAR UN DERRUMBE QUE AFECTE SU VIVIENDA? 1. Sí 2. No —————→ FINALIZAR SECCIÓN		
MMP-207. ¿A QUÉ DISTANCIA ESTÁ, MÁS O MENOS?	Metros	

SECCIÓN MMP-3: EMPLEO E INGRESO

Nº DE ORDEN	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	MMP-301										MMP-302	SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN P.410 O CÓDIGOS 8 A 10 EN P.409 DE LA SECCIÓN 4 EHPM Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS FINALICE SECCIÓN	MMP-303	MMP-304	
		PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS										SOLO PARA LOS QUE RESPONDIERON CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 108A DE LA SECCIÓN 1 EHPM		¿(...) ESTA AFILIADO A UN SISTEMA DE RETIRO / PENSIONES?	¿(...) ESTA COTIZANDO AL SISTEMA DE RETIRO / PENSIONES?	
		DURANTE LA SEMANA PASADA ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICÓ (...) A:										¿RECIBIÓ EL TACO DEL SEGURO EL MES ANTERIOR?				
		1. Cuidar, atender sin pago a niños(as) (hermanos o hermanas), ancianos, enfermos, discapacitados? (bañar, cambiar, trasladarlos, etc.)										1. Sí			1. Sí	
		2. Reparar o dar mantenimiento a su vivienda, muebles, aparatos domésticos o vehículos?										2. No			2. No	
3. Realizar el quehacer de su hogar? (lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, barrer, cuidar										3. NS/NR		2. No ↓ PASE A MMP-305	2. No			
4. Acarrear leña?																
5. Acarrear agua?																
		1		2		3		4		5						
		HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS					
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																

OBSERVACIONES:

SECCIÓN MMP-3: EMPLEO E INGRESO						
(PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS)						
Nº D E O R D E N	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	MMP-305	MMP-306	MMP-307	MMP-308	MMP-309
		¿HAY ALGUNA ÉPOCA DEL AÑO EN QUE (...) (POR SU OCUPACIÓN) NO SE CONSIGUE TRABAJO?	¿CUÁNTOS DÍAS PASA SIN TRABAJAR EN ESA ÉPOCA DEL AÑO?	EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HA PASADO SIN PODER TRABAJAR CONTRA SU VOLUNTAD?	SOLO PARA LOS QUE RESPONDIERON QUE TRABAJAN 40 HORAS O MÁS A LA SEMANA EN PREGUNTAS 411 Y/O 412 DE LA SECCIÓN 4 EHPM ¿POR QUE RAZON (...) TRABAJA 40 O MAS HORAS EN LA SEMANA?	SOLO PARA LOS QUE NO RESPONDIERON CÓDIGO 6 EN PREGUNTA 418 DE LA SECCIÓN 4 EHPM ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE NO TRABAJA COMO EMPLEADO PERMANENTE?
01		1. Sí 2. No  PASE A MMP-307	1. 1 a 14 días 2. 15 a 30 días 3. 1 a 2 meses 4. 3 a 4 meses 5. 5 a 6 meses 6. Más de 6 meses	1. Ninguno 2. 1 a 14 días 3. 15 a 30 días 4. 1 a 2 meses 5. 3 a 6 meses	1. Jornada habitual de trabajo 2. Porque se lo exigen en el trabajo 3. Para ganar más 4. Porque es negocio propio y tiene que estar presente 5. Por temor a que lo despidan 6. Porque le gusta trabajar más horas 7. Otros _____ (Especifique)	1. Porque no encuentro trabajo asalariado 2. Porque necesito flexibilidad con el tiempo 3. Porque tengo que cuidar hijos/familiares 4. Porque gano más así 5. Porque no me gusta ser asalariado 6. Por trabajar con la familia 7. Porque no me lo permite alguien de la familia 8. Por cuidar la casa / bienes debido a la inseguridad 9. Otros _____ (Especifique)
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
OBSERVACIONES:						

SECCIÓN MMP-4: SALUD													
N°	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	MMP-401	MMP-402	MMP-403	MMP-404	MMP-405	MMP-406	MMP-407	MMP-408	MMP-409	MMP-410		
		SOLO PARA NINAS Y NINOS DE 0 A 4 AÑOS					SOLO PARA MUJERES DE 12 A 54 AÑOS						
		AHORA HABLAREMOS DE LAS VACUNAS ¿PODRÍA MOSTRARME EL (LOS) CARNÉ DE VACUNACIÓN DE (...)?	PENTAVALENTE TERCERA DOSIS	DESPUÉS QUE (...) NACIÓ ¿LO LLEVARON A CONTROL?	¿ADÓNDE LO LLEVARON A CONTROL?	¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA TENIDO ALGÚN BEBE?	DURANTE EL EMBARAZO, ¿CUÁNTOS CONTROLES TUVO?	¿EN QUÉ LUGAR TUVO LOS CONTROLES?	¿EN QUÉ LUGAR TUVO EL PARTO (...)?	DESPUÉS DEL PARTO, ¿TUVO ALGÚN CONTROL?	¿ADÓNDE TUVO ESE CONTROL?		
D		1. No tiene/no mostró	1. Según carné:	1. Sí	1. Hospital MINSAL	1. Sí		1. Hospital MINSAL	1. Hospital MINSAL	1. Sí	1. Hospital MINSAL		
E		2. Dice que tiene pero no mostró	1.1 Sí	2. No	2. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL	2. No		2. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL	2. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL		2. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL		
O		3. Carné del MINSAL	1.2 No	↓ TERMINE CON ESTE MIEMBRO	3. Hospital del ISSS	↓ TERMINE CON ESTE MIEMBRO		3. Hospital del ISSS	3. Hospital del ISSS	↓ TERMINE CON ESTE MIEMBRO	3. Hospital del ISSS		
R		4. Carné del ISSS	2. Según madre:		4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS		4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS		4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS		4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS		4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS
D		5. Carné del MINSAL y del ISSS	2.1 Sí		5. Hospital Militar		5. Hospital Militar		5. Hospital Militar		5. Hospital Militar		5. Hospital Militar
E		6. Otro carné	2.2 No		6. Hospital o clínica particular		6. Hospital o clínica particular		6. Hospital o clínica particular		6. Hospital o clínica particular		6. Hospital o clínica particular
N			2.3 NS		7. Bienestar Magisterial		ANOTAR "0" SI RESPONDE QUE NO TUVO CONTROLES Y PASAR A MMP-408	7. Bienestar Magisterial	7. Bienestar Magisterial		7. Bienestar Magisterial		
			2.4 NR		8. ONG's			8. ONG's	8. ONG's		8. ONG's		
					9. Otros (Especifique)			9. Otros (Especifique)	9. Otros (Especifique)		9. Otros (Especifique)		
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
OBSERVACIONES:													

SECCIÓN MMP-4: SALUD

PREGUNTAS DE LA MMP-411 A MMP-413 REALIZARLAS A NIVEL DE HOGAR

MMP-411. SI ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE ENFERMARA Y NECESITARA ATENCIÓN MÉDICA, ¿ADÓNDE ASISTIRÍA?

<ul style="list-style-type: none">1. Hospital MINSAL2. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL3. Hospital del ISSS4. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS5. Hospital militar6. Hospital o clínica particular6.1 Bienestar magisterial7. ONG's8. Farmacia9. Casa del curandero/a clínica natural10. Casa del enfermo/a o lesionado11. Otros. _____	}	PASAR A MMP-413
---	---	----------------------------

(Especifique)

MMP-412. ¿POR QUÉ NO ASISTIRÍA A UN CENTRO NACIONAL O DEL ISSS?

1. No hay medicinas
2. No lo atienden
3. Muy caro
4. No existe servicio de salud cercano
5. No hay personal capacitado
6. Porque dan mejor servicio en otro centro de salud
7. Mucho tiempo de espera
8. Prefiere curarse con remedios caseros
9. Porque no me darían permiso en el trabajo
10. Porque no puedo dejar de trabajar
11. Mala atención
12. Otros _____

(Especifique)

MMP-413. SI UN MIEMBRO DEL HOGAR TUVIERA UNA ENFERMEDAD, ¿DÓNDE CREE QUE CONSEGUIRÍA LAS MEDICINAS?

1. En la unidad de salud
2. En el hospital nacional
3. En el ISSS
4. En una clínica de ONG o de una iglesia
5. Las compraría en la farmacia
6. No tengo dinero para comprar medicinas
7. Prefiero no usar medicinas
8. Otro _____
(Especifique)

SECCIÓN MMP-5: ALIMENTACIÓN				
MMP-501. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED SE PREOCUPÓ DE QUE LOS ALIMENTOS SE ACABARAN EN SU HOGAR?				
1. Si				
2. No				
MMP-502. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR SE QUEDARON SIN ALIMENTOS?				
1. Si				
2. No				
MMP-503. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR DEJARON DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?				
1. Si				
2. No				
MMP-504. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?				
1. Si				
2. No				
MMP-505. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, ALMOZAR O CENAR?				
1. Si				
2. No				
MMP-506. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA COMER?				
1. Si				
2. No				
MMP-507. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SENTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?				
1. Si				
2. No				
MMP-508. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER DURANTE TODO UN DÍA?				
1. Si				
2. No				
PREGUNTAS MMP-509 A MMP-515 SOLO PARA MENORES DE 18 AÑOS				
MMP-509. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR DEJÓ DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?				
1. Si				
2. No				
MMP-510. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?				
1. Si				
2. No				
IDENTIFICAR QUIÉN(ES) SON LOS Y LAS MENORES DE 18 AÑOS QUE SE ENCUENTRAN EN ESTA SITUACIÓN:				
MMP-511. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, ALMOZAR O CENAR?				
1. Si				
2. No				
MMP-512. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA?				
1. Si				
2. No				
MMP-513. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ TUVIERON QUE DISMINUIR LA CANTIDAD SERVIDA EN LAS COMIDAS A ALGÚN MENOR 18 AÑOS DE EDAD EN SU HOGAR?				
1. Si				
2. No				
MMP-514. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SENTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?				
1. Si				
2. No				
MMP-515. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER DURANTE TODO EL DÍA?				
1. Si				
2. No				
IDENTIFICAR QUIÉN(ES) SON LOS Y LAS MENORES DE 18 AÑOS QUE SE ENCUENTRAN EN ESTA SITUACIÓN:				

SECCIÓN MMP-6: ESPARCIMIENTO														
MMP-601. ¿EN SU COLONIA O COMUNIDAD EXISTEN LOS SIGUIENTES ESPACIOS DE RECREACIÓN? (PREGUNTAR AL ENTREVISTADO POR CADA UNO DE LOS ESPACIOS DE RECREACIÓN. SI RESPONDE "NO" EN TODAS LAS OPCIONES PASAR A SECCIÓN MMP-7: SEGURIDAD)	MMP-602. DE LOS QUE MENCIONÓ QUE EXISTEN ¿CUÁLES SON USADOS POR LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? (EN LOS ESPACIO DE RECREACIÓN DONDE LA RESPUESTA ES "NO" PASAR A PREGUNTA MMP-603) (SI RESPONDE "SI" EN TODOS LOS ESPACIOS DE RECREACIÓN PASAR A SECCIÓN MMP-7: SEGURIDAD)													
	MMP-602.1 ¿QUIÉNES LO UTILIZAN? N° de TRH 'S													
	1. Si	2. No												
	1. Si	2. No												
	1. Si	2. No												
	1. Si	2. No												
	1. Si	2. No												
1. ¿Cancha deportiva?														
2. ¿Parque o zona verde?														
3. ¿Áreas de juegos para niñas/os?														
4. ¿Casa comunal?														
5. ¿Otros? _____														
(Especifique)														
SECCIÓN MMP-7: SEGURIDAD														
MMP-701. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HA SIDO VÍCTIMA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DELITOS: (PREGUNTAR AL ENTREVISTADO POR CADA UNO DE LOS DELITOS. SI RESPONDE "NO" EN TODAS LAS OPCIONES PASAR A MMP-704. REALIZAR LA PREGUNTA MMP-702 EN LOS DELITOS EN QUE EL ENTREVISTADO RESPONDIÓ QUE "SÍ")					MMP-702. ¿DÓNDE OCURRIÓ EL DELITO? 1. En la calle 5. En un lugar público 2. En el trabajo (parque, centro comercial, etc.) 3. En su casa 6. En el bus o transporte 4. En un negocio o 7. Otro _____ establecimiento (Especifique)					MMP-703. ¿CUÁL ES EL MONTO ESTIMADO DE LO QUE PERDIÓ DEBIDO AL DELITO?		Dólares		
1. ¿Alguien entró a su casa sin permiso y usando la fuerza robó o intentó robar algo?..... 2. ¿Robo o asalto en la calle, autobús, negocio u otro lugar público o privado?..... 3. ¿Robo de vehículo?..... 4. ¿Daño a la propiedad, incluyendo grafitis, rayones en vehículos, etc.?..... 5. ¿Engaño o estafa donde no le entregaron lo prometido?..... 6. ¿Extorsión, o sea, amenazas para exigirle dinero o bienes o que hiciera algo?..... 7. ¿Amenazas de alguien que le dijo que le iba a causar daño a usted, su familia, sus bienes o su negocio?..... 8. ¿Lesiones físicas causadas por alguien que lo golpeó en una discusión o por actitud agresiva?..... 9. ¿Secuestro?..... 10. ¿Ataque sexual o violación (aun si solo fue intento)?..... 11. ¿Otros? _____ (Especifique)					1. Si 2. No		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		MMP-704. EN SU COLONIA O COMUNIDAD, USTED SE SIENTE: 1. Seguro 2. Relativamente seguro 3. Inseguro 4. Muy inseguro			
											MMP-705. CONSIDERANDO LA SEGURIDAD, EN SU COLONIA O COMUNIDAD, LOS MIEMBROS DEL HOGAR PUEDEN HACER LO SIGUIENTE: 1. ¿Pueden salir de noche? 2. ¿Pueden tener un negocio? 3. ¿Pueden dejar sola la casa? 4. ¿Pueden dejar salir a los niños a jugar? 5. ¿Pueden las mujeres transitar con libertad?			

CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

OBSERVACIONES:

1. Información confiable 2. Información poco confiable 3. Información no confiable

CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR EL SUPERVISOR

1

NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR

2

PERSONAS DE 4 AÑOS DE EDAD Y MÁS

3

PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD

4

NÚMERO DE PERSONAS CONTRAJO AGROPECUARIO

4-A

NÚMERO DE PERSONAS CON PRODUCCION DE PATIO

5

NÚMERO DE PERSONAS QUE SE ENFERMARON

6

NÚMERO DE PERSONAS QUE UTILIZAN INTERNET

9

HOGAR CON BOLETA DE SUBSIDIOS

IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE OFICINA

NOMBRE DEL TÉCNICO(A) DE ENCUESTAS

A

Código

FECHA:

NOMBRE DEL TÉCNICO DE CONTROL DE CALIDAD

B

Código

FECHA:

NOMBRE DEL CRÍTICO(A) CODIFICADOR(A)

C

Código

FECHA:

NOMBRE DEL DIGITADOR(A)

D

Código

FECHA:

CONTROL DE SECCIONES A COMPLETAR POR DEPARTAMENTO DE ENCUESTAS

SECCIÓN 2

SECCIÓN 4

SECCIÓN 5

SECCIÓN 5 - A

SECCIÓN 6

SECCIÓN 1-A

SECCIÓN 9

SECCIÓN 10

SECCIÓN 11

SECCIÓN 12

SECCIÓN 13

SECCIÓN 14