

16. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN EL CAPÍTULO 200	16A. TOTAL DE NÚCLEOS FAMILIARES REGISTRADOS EN EL CAPÍTULO 200	NÚMERO DE PERSONAS QUE LES CORRESPONDE EL:						24. IDIOMA DE LA ENTREVISTA (Circule uno o más códigos)
		Para todas las edades	De 12 y más años de edad	De 14 y más años de edad				
		17. CAPÍTULO 300	18. CAPÍTULO 500	19. CAPÍTULO 600	23. CAPÍTULO 700	23A. CAPÍTULO 800	23B. CAPÍTULO 800A	
								Castellano 1 Quechua..... 2 Otro 3 (Especifique)

100. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

PERSONA N°:

NOMBRE:

DATOS DE LA VIVIENDA (Jefe/a del hogar principal)

OBSERVACIÓN DIRECTA

101. TIPO DE VIVIENDA:

- Casa independiente.....1
 Departamento en edificio.....2
 Vivienda en quinta.....3
 Vivienda en casa de vecindad (callejón, solar o corralón).....4
 Choza o cabaña.....5
 Vivienda improvisada.....6
 Local no destinado para habitación humana.....7
 Otro.....8
 (Especifique)

102. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA ES:

- ¿Ladrillo o bloque de cemento?.....1
 ¿Piedra o sillar con cal o cemento?.....2
 ¿Adobe o tapia?.....3
 ¿Quincha (caña con barro)?.....4
 ¿Piedra con barro?.....5
 ¿Madera?.....6
 ¿Estera?.....7
 ¿Otro?.....8
 (Especifique)

103. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS DE LA VIVIENDA ES:

- ¿Parquet o madera pulida?.....1
 ¿Láminas asfálticas, vinílicos o similares?.....2
 ¿Losetas, terrazos o similares?.....3
 ¿Madera (entablados)?.....4
 ¿Cemento?.....5
 ¿Tierra?.....6
 ¿Otro?.....7
 (Especifique)

104. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS TECHOS DE LA VIVIENDA ES:

- ¿Concreto armado?.....1
 ¿Madera?.....2
 ¿Tejas?.....3
 ¿Planchas de calamina, fibra de cemento o similares?.....4
 ¿Caña o estera con torta de barro?.....5
 ¿Estera?.....6
 ¿Paja, hojas de palmera, etc.?.....7
 ¿Otro?.....8
 (Especifique)

105. SIN CONTAR BAÑO, COCINA, PASADIZOS, NI GARAJE, ¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE LA VIVIENDA?

Anote la respuesta en el recuadro →

106. LA VIVIENDA QUE OCUPA ES:

- ¿Alquilada?.....1 → Pase a 109
 ¿Propia, totalmente pagada?.....2
 ¿Propia, por invasión?.....3
 ¿Propia, comprándola a plazos?.....4
 ¿Cedida por otro hogar?.....5
 ¿Cedida por el centro de trabajo?.....6
 ¿Cedida por otra institución?.....7
 ¿Otra?.....8
 (Especifique)

106A. ¿DESDE QUE AÑO VIVEN EN ESTA VIVIENDA?

- Hasta el 2004.....1
A PARTIR DEL AÑO:
 2005.....2 2011.....8
 2006.....3 2012.....9
 2007.....4 2013.....10
 2008.....5 2014.....11
 2009.....6 2015.....12
 2010.....7 2016.....13

107. ¿LA VIVIENDA CUENTA CON ALGÚN DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PROPIEDAD?

- Sí.....1
 No.....2
 NO SABE.....3
Pase a 109

107A. ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO ACREDITA EL DERECHO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA?

- Título de Propiedad.....1
 Sentencia Judicial.....2
 Escritura Pública.....3
 Contrato de Compra-Venta.....4
 Minuta.....5
 Documento de Posesión.....6
 Otro.....7
 (Especifique)

107B. ¿QUÉ ENTIDAD O AUTORIDAD LE EMITIÓ EL/LA.....?

- COFOPRI.....1
 Municipalidad.....2
 Juez/a.....3
 Notaría.....4
 Otro.....5
 (Especifique)
 NINGUNO.....6

107C. ¿EL/LA..... ESTÁ A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR DE ESTA VIVIENDA?

- Sí.....1 No.....2

3

SEGURIDAD CIUDADANA (Jefe/a del hogar principal)

112. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A....., ¿HAN SIDO VÍCTIMAS DE:		113. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CUÁNTAS VECES FUERON VÍCTIMAS DE:		Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Si todos son 2 pase a 122A</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pase a 117</div>		115. ¿EL DELINCUENTE O AGRESOR/A PORTABA ALGÚN ARMA (REVÓLVER, PISTOLA, PIEDRAS, PALOS, ETC.)?	116. ¿QUÉ TIPO DE ARMA PORTABA? (Anote uno o más códigos)		
	SÍ		NO	Nº DE VECES	SÍ	NO	NO SABE
1. Robo en la vivienda?	1	2		1	2	3	
2. Intento de robo en la vivienda?	1	2		1	2	3	

Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa							
117. ¿DENUNCIÓ EL:		118. ¿DÓNDE REALIZÓ LA DENUNCIA DEL:		119. ¿QUÉ SUCEDIÓ CON LA DENUNCIA DEL:	121. ¿CUÁL FUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE NO REALIZÓ LA DENUNCIA DEL:	121A. ¿EN QUÉ MES SUCEDIÓ EL :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pase a 121</div>		Comisaría (Policía Nacional del Perú)1 Ministerio Público o Fiscalía.....2 Otro3 (Especifique)		Está en trámite 1 No sucedió nada..... 2 Recuperó sus bienes y se detuvo al delincuente..... 3 Solo recuperó sus bienes 4 Se detuvo al delincuente 5 Otro 6 (Especifique) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pase a 121A</div>	Por miedo a represalias del agresor/a..... 1 Es una pérdida de tiempo 2 Desconfía de la Policía 3 No se consumó el hecho 4 Delito de poca importancia 5 Desconoce al delincuente..... 6 Otro 7 (Especifique)		
	SÍ		NO				CÓDIGO
1. Robo en la vivienda?	1	2					
2. Intento de robo en la vivienda?	1	2					

122A. EN SU ZONA O BARRIO, ¿SE HA ADOPTADO ALGUNA MEDIDA DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LA DELINCUENCIA, COMO:									
	SÍ	NO	NO SABE	122B. ¿DESDE QUÉ AÑO CUENTAN EL/LA:		SÍ	NO	NO SABE	122B. ¿DESDE QUÉ AÑO CUENTAN EL/LA:
1. Sistema de vigilancia a través de video cámaras?	1	2	3		4. Sistema de control de acceso a personas ajenas al lugar?	1	2	3	
2. Vigilante particular?	1	2	3		5. Junta vecinal con fines de velar por la seguridad?	1	2	3	
3. Sistema de alarma comunitaria?	1	2	3		6. Otra? _____ (Especifique)	1	2		

OBSERVACIONES:	

DATOS DEL HOGAR (Jefe/a del hogar)

SANEAMIENTO BÁSICO	
<p>127. EL TIPO DE ALUMBRADO QUE USA SU HOGAR ES: (Circule uno o más códigos)</p> <p>¿Electricidad?1</p> <p>¿Petróleo / Gas (lámpara)?2</p> <p>¿Vela?3</p> <p>¿Generador?4</p> <p>¿Panel solar?5</p> <p>¿Otro?6 (Especifique)</p>	<p>129A. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU HOGAR, PROCEDE DE:</p> <p>¿Red pública dentro de la vivienda? ... 1</p> <p>¿Red pública fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación? 2</p> <p>¿Pilón de uso público? 3</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>¿Camión-cisterna u otro similar? 4</p> <p>¿Pozo? 5</p> <p>¿Río, acequia, manantial o similar? 6</p> <p>¿Otro? 7 (Especifique)</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Pase a 129C</p>
<p>128. LA ENERGÍA O COMBUSTIBLE QUE MÁS USA SU HOGAR PARA COCINAR LOS ALIMENTOS ES:</p> <p>¿Electricidad?1</p> <p>¿Gas propano?2</p> <p>¿Gas natural?3</p> <p>¿Carbón?4</p> <p>¿Leña?5</p> <p>¿Bosta o estiércol?6</p> <p>¿Otro?7 (Especifique)</p> <p>NO COCINAN8</p>	<p>129B. ¿EL AGUA ES POTABLE?</p> <p>Sí1</p> <p>No2</p>
<p>130. ¿EL HOGAR TIENE ACCESO AL SERVICIO DE AGUA TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA?</p> <p>Sí1 → A) ¿Cuántas horas al día? <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>No2 → B) ¿Cuántos días a la semana tiene este servicio? <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>C) ¿Cuántas horas al día? <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	

EVALUACIÓN DE HOGARES CON AGUA SEGURA

ENCUESTADOR/A: A continuación, solicite al informante permiso para tomar una muestra del agua **que se consume en el hogar**. Para realizar la prueba tenga cuidado de obtener la muestra REPRESENTATIVA de AGUA del lugar donde el hogar acumula o se abastece de agua.

129C. RESULTADO OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN LA MUESTRA DE AGUA DEL HOGAR

Rango de medición del cloro residual libre miligramo/litro – (mg/l)	Lectura de la calidad del agua	Código
1. Mayor o igual a 0,5 mg/l	Seguro	1
2. De 0,1 mg/l a menos de 0,5 mg/l	Inadecuada dosificación de cloro	2
3. 0,0 mg/l	Sin cloro	3

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS	DETERMINACIÓN DEL TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS
<p>142. EL BAÑO O SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR, ESTÁ CONECTADO A:</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>¿Red pública de desagüe dentro de la vivienda?1</p> <p>¿Red pública de desagüe fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación?2</p> </div> <p>¿Letrina?3</p> <p>¿Pozo séptico?4</p> <p>¿Pozo ciego o negro?5</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>¿Río, acequia o canal?6</p> <p>NO TIENE7</p> </div>	<p>143. ACCEDIÓ A LA OBSERVACIÓN:</p> <p>Sí1</p> <p>No2 → Pase a 172</p>
<p>144. TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS:</p> <p>Arrastre hidráulico 1</p> <p>Hoyo seco 2</p> <p>Compostera seca 3</p> <p>Compostera húmeda 4</p>	

145. LOS COMPONENTES DEL TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS DETERMINADO EN LA PREGUNTA 144 SON:

COMPONENTES	Circule el código determinado en 144			
	Arrastre hidráulico 1	Hoyo Seco 2	Compostera seca 3	Compostera húmeda 4
1. Hoyo o pozo		1		
2. Tanque séptico/Biodigestor	2			
3. Cámara			3	3
4. Losa	4	4	4	4
5. Aparato sanitario	5	5	5	5
6. Caseta	6	6	6	6
7. Tubo de ventilación	7	7	7	7

146. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA:

Letrina..... 3

Pozo séptico 4

Pozo ciego o negro..... 5

Si en la pregunta 145 tiene circulado todos los componentes del tipo de disposición de excretas determinado, circule el código 3 en pregunta 146.

Caso contrario, determinar con el informante si se trata de un pozo séptico o pozo ciego o negro y circule el código correspondiente.

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS
172. ¿EL HOGAR CUENTA CON EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)?

 Sí 1 No 2 → **Pase a 173A**
173. LA FRECUENCIA DEL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA ES:

 ¿Diaria?..... 1 ¿Interdiaria?.....2 ¿Semanal?.....3 ¿Quincenal? ... 4 ¿Mensual?5 ¿Otra?.....6
 (Especifique)

173A. ¿DÓNDE DESECHA (BOTA O DISPONE) LOS/LAS ...
CÓDIGO (Circule uno o más códigos)

En la calle o vía pública..... 1	Regala 7
Espera y entrega al recolector de basura. 2	Contenedor comunal..... 8
Quema..... 3	Contenedor especial..... 9
En un botadero a cielo abierto 4	Otro 10
Vende 5	(Especifique)
Lo utiliza para alimentar a sus animales... 6	NO LO DESECHA 11

1. Aparatos electrónicos o eléctricos (control remoto, celulares, televisor, computadora, focos, fluorescentes, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
2. Pilas, baterías?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
3. Botellas, envases de plástico y bolsas plásticas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
4. Botellas y envases de vidrio?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
5. Papel, cartón y envases de cartón?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
6. Metal y envases de lata?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
7. Prendas de vestir y textiles?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
8. Madera (muebles, armarios, estanterías)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
9. Residuos orgánicos (plantas, restos de comida, cáscaras de fruta, cáscaras de huevo, huesos, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11

OBSERVACIONES:

175A. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR SEPARA LAS PILAS, BATERÍAS, PLÁSTICOS, CARTÓN, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS?

Sí..... 1

No 2 →

Pase a 175C

175B. ¿EN SU HOGAR EN QUE GRUPOS SEPARA LA BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)?

	Grupo / Bolsa							NO SEPARA
1. Restos de comida, cáscara de fruta, de huevo, huesos, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Botellas y envases de plástico	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Botellas y envases de vidrio	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Papel, cartón y envases de cartón	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Metal, envases de lata	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Pilas, baterías	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Otros _____ (Especifique)	1	2	3	4	5	6	7	8

Pase a 175D

175C. EN SU HOGAR, ¿ESTARÍAN DISPUESTOS A SEPARAR LOS RESIDUOS ORGÁNICOS COMO, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS; LOS RESIDUOS INORGÁNICOS COMO, PLÁSTICOS, CARTÓN Y LOS RESIDUOS TÓXICOS COMO, BATERÍAS, PILAS, ETC.?

Sí..... 1

No 2

175D. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR HA SIDO CAPACITADO PARA SEPARAR LOS RESIDUOS ORGÁNICOS COMO, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS; LOS RESIDUOS INORGÁNICOS COMO, PLÁSTICOS, CARTÓN Y LOS RESIDUOS TÓXICOS COMO, BATERÍAS, PILAS, ETC.?

Sí..... 1

No 2 →

Pase a 179

175E. ¿QUÉ INSTITUCIÓN, ORGANISMO O ENTIDAD LO CAPACITÓ?
(Circule uno o más códigos)

Municipalidad 1

Organismo no gubernamental ONG5

Empresas Comercializadoras de Residuos Sólidos..... 2

Ministerio de Salud MINSA.....6

Recicladores Formalizados y Acreditados por la Municipalidad..... 3

Otra7

Recicladores Informales 4

(Especifique)

TELECOMUNICACIÓN

179. USTED, ¿ESTÁ DE ACUERDO QUE EN SU ZONA O BARRIO SE INSTALE ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL?

Sí..... 1 →

Pase a 181

No 2

NO SABE 3 →

Pase a 181

180. ¿POR QUÉ NO ESTÁ DE ACUERDO QUE EN SU ZONA O BARRIO SE INSTALE ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL?
(Circule uno o más códigos)

Produce riesgo para la salud..... 1

Emiten ruidos, zumbidos4

Produce riesgo para el medio ambiente2

Produce riesgo de accidente5

Interfieren con los aparatos de uso cotidiano3

Otra6

(Especifique)

181. ¿USTED HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL Y LA SALUD HUMANA?

Sí..... 1

No 2

EQUIPAMIENTO/SERVICIO DEL HOGAR

184. ¿SU HOGAR TIENE:

(Circule uno o más códigos)

Equipo de sonido? 1

Teléfono fijo?..... 7

Tv Cable (Movistar TV, Claro TV, DirecTV y otro)? . 13

Televisor a color?..... 2

Plancha eléctrica? 8

Celular sin servicio de Internet? 14

DVD? 3

Lavadora? 9

Celular con servicio de Internet?..... 15

Licuada? 4

Computadora? 10

Tablet? 16

Refrigeradora/congeladora? 5

Horno microondas?..... 11

NO TIENE NINGUNO 17

Cocina a gas? 6

Internet? 12

CRIANZA Y CUIDADO DE PERRO/S EN EL HOGAR

185. USTED O ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR, ¿CRÍA ALGÚN PERRO?

Sí.....1 →

185A. Actualmente, ¿Cuántos
perros cría?

Nº

No2 →

Pase a Cap. 200

186. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿LO/S HA VACUNADO CONTRA LA RABIA?

Sí1 →

186A. ¿Cuántos fueron vacunados?

Nº

No2

OBSERVACIONES:

INFORMANTE N°
200. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR

201. N° DE ORD.	202. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ? (NO OLVIDE REGISTRAR A LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS)		203. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE/A DEL HOGAR? Jefe/a1 Esposa/o.....2 Hijo/a.....3 Yerno/Nuera4 Nieto/a5 Padres/ Suegros/as.....6 Otros parientes7 Trabajador/a del hogar.....8 Pensionista9 Otros no parientes10	NÚCLEOS FAMILIARES		204. ¿ES MIEM- BRO DEL HOGAR?		205. ¿SE EN- CUENTRA AUSENTE DEL HOGAR 6 MESES O MÁS?		206. ¿ESTÁ PRESENTE EN EL HOGAR 6 MESES O MÁS?		207. SEXO		208. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?		PARA 12 Y MÁS AÑOS DE EDAD	DETERMINACIÓN DEL INFORMANTE CAPÍTULO 1000		
				203A. N° DE NÚCLEO FAMILIAR	203B. RELA- CIÓN DE PAREN- TESCO CON EL JEFE/A DEL NÚCLEO FAMILIAR Jefe/a1 Esposa/o.2 Hijo/a3											212. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL? Conviviente....1 Casado/a2 Viudo/a3 Divorciado/a...4 Separado/a5 Soltero/a6	PARA 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD		
																	217. FECHA DE NACIMIENTO	218. PERSONA SELECCIO- NADA	
	NOMBRE	APELLIDO	CÓDIGO	N°	CÓDIGO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	H	M	AÑOS	MESES	CÓDIGO	DÍA	MES	
1			1			1	2	1	2	1	2	1	2					1	
2						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
3						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
4						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
5						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
6						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
7						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
8						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
9						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
10						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
11						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
12						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
13						1	2	1	2	1	2	1	2					1	
14						1	2	1	2	1	2	1	2					1	

ENCUESTADOR/A TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE: Para toda persona que tiene circulado el código 1(SÍ) en 204 y el código 1(SÍ) en 205, concluya la entrevista en 212.

OBSERVACIONES:

300. IDENTIDAD, DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA

(Para todas las edades)

PERSONA N°: NOMBRE: AÑOS: MESES: INFORMANTE N°:

IDENTIDAD																						
300.1. ¿TIENE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)? Sí 1 → Pase a 300.3 No 2 NO SABE 3	300.5. ¿LA DIRECCIÓN DE SU VIVIENDA ESTA ACTUALIZADA EN SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)? Sí 1 No 2 NO SABE 3																					
300.2. ¿EL NACIMIENTO DE FUE INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL? (MUNICIPALIDAD O RENIEC): Sí 1 No 2 NO SABE 3 <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Pase a 300A</div>	<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; font-weight: bold;">DISCAPACIDAD</div> A continuación le haré algunas preguntas para saber si usted presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE , que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.																					
300.3. ¿SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI) PRESENTA ERRORES? Sí 1 No 2 NO SABE 3 } Pase a 300.5	300A. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Ver, aun usando anteojos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Oír, aun usando audífonos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5. Entender o aprender, concentrarse y recordar?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2	2. Ver, aun usando anteojos?	1	2	3. Hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?	1	2	4. Oír, aun usando audífonos?	1	2	5. Entender o aprender, concentrarse y recordar?	1	2	6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2
	SÍ	NO																				
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2																				
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2																				
3. Hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?	1	2																				
4. Oír, aun usando audífonos?	1	2																				
5. Entender o aprender, concentrarse y recordar?	1	2																				
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2																				
300.4. EL ERROR QUE PRESENTA SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI) ES EN: (Circule uno o más códigos) ¿Nombres? 1 ¿Apellidos? 2 ¿Fecha de nacimiento? 3 ¿Otro? 4 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div>																						

EMERGENCIAS MÉDICAS

Emergencia médica es aquella situación de salud imprevista que pone en riesgo la vida de la persona al no ser atendida inmediatamente.

300D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A.....¿USTED PRESENTÓ ALGÚN:	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; margin: 0 auto; width: 20px;"></div>	300E. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A.....¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN:	<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; font-weight: bold; padding: 2px;">Para el problema de salud o accidente que considere más grave</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Anote uno o más códigos) Bomberos 1 ESSALUD 5 Seguro Privado 2 Clínica 6 SAMU 3 Curandero 7 Ministerio de Salud.. 4 Otro 8 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA 9 RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO .10 LLAMÓ Y NO ACUDIERON 11 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 300G. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR? </td> </tr> </table>	300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Anote uno o más códigos) Bomberos 1 ESSALUD 5 Seguro Privado 2 Clínica 6 SAMU 3 Curandero 7 Ministerio de Salud.. 4 Otro 8 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA 9 RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO .10 LLAMÓ Y NO ACUDIERON 11	300G. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?																										
300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Anote uno o más códigos) Bomberos 1 ESSALUD 5 Seguro Privado 2 Clínica 6 SAMU 3 Curandero 7 Ministerio de Salud.. 4 Otro 8 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA 9 RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO .10 LLAMÓ Y NO ACUDIERON 11	300G. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?																														
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Accidente, que requería atención médica inmediata?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Otro? (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2	2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2	3. Otro? (Especifique)	1	2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th>N° DE VECES</th> <th>CÓDIGO</th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	N° DE VECES	CÓDIGO	SÍ	NO			1	2			1	2			1	2
	SÍ	NO																													
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2																													
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2																													
3. Otro? (Especifique)	1	2																													
N° DE VECES	CÓDIGO	SÍ	NO																												
		1	2																												
		1	2																												
		1	2																												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Si todos son NO pase a 300B</div>																															

OBSERVACIONES:

(Solo para personas de 14 y más años de edad)

Quechua?	1
Aymara?	2
Nativo o Indígena de la Amazonía?	3
Negro / Mulato / Zambo / Afro peruano?	4
Blanco?	5
Mestizo?	6
Otro?	7
(Especifique)	
NO SABE	8

NO SABE3

(Especifique)

OBSERVACIONES:

500. TELECOMUNICACIÓN (Para personas de 12 y más años de edad)

INTERNET

PERSONA N°: _____

NOMBRE: _____

INFORMANTE N°: _____

502. EL MES ANTERIOR....., ¿HA UTILIZADO EL SERVICIO DE INTERNET?

Sí 1

No 2 →

Pase a 530

507. EL MES ANTERIOR, ¿EL SERVICIO DE INTERNET LO USÓ PARA:
(Circule uno o más códigos)

Comunicación social / familiar (e-mail, chat, facebook, etc.)? 1

Búsqueda de ofertas laborales? 7

Actividades de capacitación o estudio? 2

Transacciones bancarias y comerciales? 8

Actividades de trabajo o negocio? 3

Búsqueda de tareas escolares para familiar? 9

Búsqueda de información de trámites en entidades públicas (SUNAT, RENIEC, etc.)? 4

Búsqueda de información en medios de comunicación? 10

Búsqueda de información de mercados (productos, insumos, etc.)? 5

Otro? 11
(Especifique)

Entretenimiento (juegos de video, obtener películas, música, etc.)? 6

507A. EL MES ANTERIOR, ¿EL SERVICIO DE INTERNET LO USÓ A TRAVÉS DE UNA/UN:
(Circule uno o más códigos)

507B. EL SERVICIO DE INTERNET, QUE USÓ EN EL/LA....., ¿ERA:
(Circule uno o más códigos)

Del centro de trabajo? 1 Otro? 7

Del hogar? 2 (Especifique)

Del centro de estudios? 3 Teléfono celular sin plan de datos? 8

De la cabina pública? 4 Teléfono celular con plan de datos? 9

De la casa de familiares o amigos/as? 5 Módem – USB? 10

De un lugar público? 6

	SÍ	NO
1. Laptop?	1	2
2. Computadora?	1	2
3. Celular?	1	2
4. Tablet?	1	2
5. Otro? _____ (Especifique)	1	2

CÓDIGO									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B.

Verifique la pregunta **507B**

De haber circulado el código 2 o códigos 8, 9 o 10 →

Continúe con **510A**

De no haber circulado el código 2 o códigos 8, 9 o 10 →

Pase a **530**

SOLO CUANDO EL SERVICIO DE INTERNET ES EXCLUSIVO DEL HOGAR O DE UN TELÉFONO CELULAR CON O SIN PLAN DE DATOS O MODEM-USB

510A. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO DE INTERNET QUE LE BRINDA LA EMPRESA:

Muy insatisfecho/a? 1

Insatisfecho/a? 2

Satisfecho/a? 3

Muy satisfecho/a? 4

Pase a 530

510B. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE SE SIENTE..... CON EL SERVICIO DE INTERNET QUE LE BRINDA LA EMPRESA?

Servicio lento 1

Las tarifas altas 2

Interrupciones (se cae la red) 3

Otro 4

(Especifique)

TELEFONÍA CELULAR

530. EL MES ANTERIOR....., ¿UTILIZÓ EL TELÉFONO CELULAR?

Sí.....1

No2 →

Pase a Cap. 600 o siguiente persona

531. EL MES ANTERIOR....., ¿EL TELÉFONO CELULAR QUE UTILIZÓ ERA: (Circule uno o más códigos)

Alquilado (chalequero)? 1

Propio? 2

De familiar o amigo/a?.....3

De su centro de trabajo?4

Otro?5
(Especifique)

C

Verifique la pregunta **531**

De haber circulado el código 2

Continúe con **537A**

De no haber circulado el código 2

Pase a **Cap.600 o siguiente persona**

SOLO CUANDO EL CELULAR ES PROPIO

537A. ¿QUÉ EMPRESA/S LE BRINDA/N EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL: (Circule uno o más códigos)

537B. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL QUE LE BRINDA LA EMPRESA...:

Muy insatisfecho? .1

Insatisfecho?2

Satisfecho?3

Muy satisfecho?4

Pase a Cap. 600 o siguiente persona

537C. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE SE SIENTE..... CON EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL QUE LE BRINDA LA EMPRESA ... :

Interrupciones en plena llamada 1

No se escucha bien / No me escuchan bien2

Tarifas altas3

Tienen que movilizarse para encontrar señal.....4

Problemas al momento de realizar la recarga de saldo5

Mensajes de texto no deseados de su operador / Promociones.....6

Cobros no autorizados (cobros automáticos aceptados por poca información).....7

Otro 8

(Especifique)

	SÍ	NO	CÓDIGO				CÓDIGO							
1. MOVISTAR?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
2. CLARO?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
3. ENTEL (NEXTEL)?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
4. BITEL?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8

OBSERVACIONES:

600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA N°:

NOMBRE:

INFORMANTE N°:

VICTIMIZACIÓN

Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa

601. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿USTED HA SIDO VÍCTIMA DE: Sí..... 1 No..... 2 NO TIENE..... 3	602. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CUÁNTAS VECES USTED FUE VÍCTIMA DE:	602A. ¿EN QUÉ LUGAR SUCEDIÓ EL.....: NO SABE..... 1 Dirección de la vivienda..... 2 Pase a 604	602B. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO SUCEDIÓ EL.....: NO SABE..... 1	602C. ¿EN QUÉ PROVINCIA SUCEDIÓ EL.....: NO SABE..... 1	602D. EL/LAS ¿EN QUÉ DISTRITO OCURRIÓ? En el mismo distrito..... 1 En otro distrito..... 2 (Especifique)..... NO SABE..... 3 Pase a 604	603A. ¿EL/LAS OCURRIÓ EN LA ZONA O BARRIO DONDE VIVE ACTUALMENTE? Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... 3	604. ¿EL/LA DELINCUENTE O AGRESOR/A PORTABA ALGÚN ARMA (REVÓLVER, PISTOLA, PIEDRAS, PALOS, ETC.)? Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... 3 Pase a 606	605. ¿QUÉ TIPO DE ARMA PORTABA? (Anote uno o más códigos) Arma de fuego de mano (revólver, pistola u otro)..... 1 Arma de fuego largo (escopeta, rifle, ametralladora)..... 2 Arma blanca (cuchillo, objeto punzo cortante)..... 3 Objetos contundentes (palos, piedras, etc.)..... 4 Otro..... 5 (Especifique)	606. ¿DE-NUNCIÓ EL/LAS: Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... 3 Pase a 610	607. ¿DÓNDE REALIZÓ LA DENUNCIA DEL/LAS: Comisaría (Policía Nacional del Perú)..... 1 Ministerio Público o Fiscalía..... 2 Otro..... 3 (Especifique)	608. ¿QUÉ SUCEDIÓ CON LA DENUNCIA DEL/LAS: Está en trámite..... 1 No sucedió nada..... 2 Recuperó sus bienes y se detuvo al delincuente..... 3 Solo recuperó sus bienes..... 4 Se detuvo al delincuente..... 5 Otro..... 6 (Especifique) Pase a 610A	610. ¿CUÁL FUÉ EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE NO REALIZÓ LA DENUNCIA DEL/LAS: Por miedo a represalias del agresor/a..... 1 Es una pérdida de tiempo..... 2 Desconfía de la Policía..... 3 No se consumó el hecho..... 4 Delito de poca importancia..... 5 Desconoce al delincuente..... 6 Otro..... 7 (Especifique)	610A. ¿EN QUÉ MES SUCEDIÓ EL/LAS.....: NO SABE..... 13	610B. ¿EN QUÉ DÍA DE LA SEMANA SUCEDIÓ EL/LAS, DE: Lunes..... 1 Martes..... 2 Miércoles..... 3 Jueves..... 4 Viernes..... 5 Sábado..... 6 Domingo..... 7 NO RECUERDA..... 8	610C. ¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA SUCEDIÓ EL/LAS: Mañana..... 1 Tarde..... 2 Noche..... 3 Madrugada..... 4 NO RECUERDA..... 5
CÓD.	N° DE VECES	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	MES	CÓDIGO	CÓDIGO
1. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?															
2. Intento de robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?															
3A. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?															
3B. Intento de robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?															
4A. Robo de motocicleta/ mototaxi?															
4B. Intento de robo de motocicleta/ mototaxi?															
5A. Robo de bicicleta?															
5B. Intento de robo de bicicleta?															
6A. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?															
6B. Intento de robo de dinero, cartera, celular, etc.?															
7. Amenazas e intimidaciones?															
8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?															
9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?															
10. Secuestro?															
11. Intento de secuestro?															
12. Extorsión?															
12A. Intento de extorsión?															
13. Estafa?															
14. Robo de negocio?															
15. Otro..... (Especifique)															

Si todas son 2 o 3
pase a 611

600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD

611. EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES, DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PUEDE SER VÍCTIMA DE:

	SÍ	NO	NO TIENE		SÍ	NO	NO TIENE
1. Robo a su vivienda?	1	2		8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?	1	2	
2. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?	1	2	3	9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?	1	2	
3. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?	1	2	3	10. Secuestro?	1	2	
4. Robo de motocicleta o mototaxi?	1	2	3	11. Extorsión?	1	2	
5. Robo de bicicleta?	1	2	3	12. Estafa?	1	2	
6. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?	1	2		13. Robo del negocio?	1	2	
7. Amenazas e intimidaciones?	1	2		14. Otro? _____ (Especifique)	1	2	

611A. CUANDO USTED CAMINA DE NOCHE EN SU ZONA O BARRIO, ¿SE SIENTE:

Muy inseguro? 1 Inseguro? 2 Seguro? 3 Muy seguro? 4

CONTROL Y PREVENCIÓN DE DELITOS

612. EN SU ZONA O BARRIO EXISTE VIGILANCIA DE:

	SÍ	NO	NO SABE	613. ¿CÓMO CALIFICA USTED LA VIGILANCIA DE:	613A. EL MES ANTERIOR..... EN SU ZONA O BARRIO HA NOTADO LA PRESENCIA DE:
				Muy mala? Mala? Buena? Muy buena? NO SABE	SÍ NO
1. ¿La Policía Nacional del Perú?	1	2	3	1 2 4 5 6	1 2
2. ¿El Serenazgo?	1	2	3	1 2 4 5 6	1 2
3. ¿La Policía Nacional del Perú y el Serenazgo en conjunto (patrullaje integrado)?	1	2	3	1 2 4 5 6	1 2

CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES

617. EN CUANTO A LA SEGURIDAD CIUDADANA, ¿QUÉ TANTA CONFIANZA LE INSPIRA:

	Ninguna?	Poca?	Mucha?	NO SABE
1. La Policía Nacional del Perú	1	2	3	4
2. La Municipalidad del Distrito	1	2	3	4
3. El Poder Judicial	1	2	3	4
4. El Ministerio Público o Fiscalía	1	2	3	4

618A. ¿CÓMO CALIFICA USTED EL DESEMPEÑO DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN RELACIÓN A:

	Muy malo?	Malo?	Bueno?	Muy bueno?
1. Atender prontamente cuando ocurre un delito	4	3	2	1
2. Mantener la seguridad y tranquilidad pública	4	3	2	1
3. Informar a la comunidad sobre la prevención de delitos	4	3	2	1
4. Tratar a las personas sin distinción alguna	4	3	2	1

618. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CÓMO CALIFICA USTED EL TRABAJO QUE HA REALIZADO LA COMISARÍA DE SU ZONA O BARRIO:

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

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

619. DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES VECINALES DE SEGURIDAD CIUDADANA, ¿USTED PARTICIPA EN:
(Circule uno o más códigos)

Junta Vecinal de Seguridad Ciudadana? 1
Red de Cooperantes para la Seguridad Ciudadana? .. 2
Brigadas de Autoprotección Escolar (BAPES)? 3
Patrulla Juvenil? 4
Policía Escolar? 5
Otro? 6
(Especifique)
NINGUNA 7

TENENCIA DE VEHÍCULO Y/O NEGOCIO

620. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... ¿USTED TENÍA:

	Propio?	Alquilado?	Prestado?	NO TENÍA
1. Vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)	1	2	3	4
2. Motocicleta/ Mototaxi	1	2	3	4
3. Bicicleta	1	2	3	4
4. Negocio	1			4

700. SALUD
(Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA Nº: **NOMBRE:** **INFORMANTE Nº:**

DENGUE

701. EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO SE TRANSMITE (CONTAGIA) EL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

- Por picadura del zancudo / Mosquito 1
- Por beber agua con larvas / Huevos de zancudos.....2
- Por contacto persona a persona3
- Otro 4
(Especifique)
- NO SABE5 → **Pase a 705**

702. DÍGAME USTED, ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

- Diarrea 1
- Dolor de cabeza 2
- Dolor de huesos y/o de articulaciones 3
- Dolor de ojos 4
- Dolor estomacal 5
- Dolor muscular 6
- Erupción cutánea 7
- Escalofríos 8
- Fiebre 9
- Náuseas y/o vómitos 10
- Sangrado..... 11
- Sueño o decaimiento 12
- Sudoración 13
- Otro 14
(Especifique)
- NO SABE15 → **Pase a 704**

703. ¿QUÉ HARÍA USTED SI PRESENTA LOS SÍNTOMAS DEL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

- Acudir al establecimiento de salud..... 1
- Auto medicarse 2
- Tomar abundante líquido 3
- Tomar remedios caseros..... 4
- Otro 5
(Especifique)
- NO SABE 6

704. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA PREVENIR EL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

- Desechar los recipientes u objetos que puedan contener (acumular) agua (llantas, latas, botellas, chapas, cáscaras de coco, etc.) 1
- Eliminar el agua de lluvia acumulada en recipientes y charcos 2
- Fumigar la vivienda..... 3
- Lavar y escobillar los recipientes donde almacena el agua 4
- Tapar bien los recipientes donde almacena el agua..... 5
- Utilizar la motita con larvicida entregada por el personal de salud 6
- Utilizar mosquiteros para protegerse de las picaduras 7
- Cambiar el agua de los floreros 8
- Otro 9
(Especifique)
- NO SABE 10

ARAÑA CASERA

705. CONSIDERA USTED QUE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES, ¿ES VENENOSA?

- Sí 1
- No 2
- NO SABE 3
- } **Pase a 710**

706. DÍGAME USTED, ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE CAUSAN LA PICADURA O MORDEDURA DE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES?
(Circule uno o más códigos)

- Ardor o sensación de lancetazo en el momento de la mordedura..... 1
- Dolor de cabeza..... 2
- Dolor en la zona de la mordedura..... 3
- Enrojecimiento en la zona de la mordedura..... 4
- Escalofrío, fiebre y sudoración 5
- Escozor en la zona de la mordedura 6
- Hinchazón en la zona de la mordedura 7
- Náuseas y/o vómitos..... 8
- Otro 9
(Especifique)
- NO SABE 10 → **Pase a 708**

707. ¿QUÉ HARÍA USTED SI ES PICADO O MORDIDO POR LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES?

(Circule uno o más códigos)

Acudir al centro de salud.....	1
Identificar el tipo de araña.....	2
Llevar la araña al centro de salud para su identificación	3
Auto medicarse	4
Tomar remedios caseros	5
Otro	6
(Especifique)	
NO SABE	7

**708. ¿EN QUÉ LUGARES DE LA VIVIENDA SE
ESCONDE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS
RINCONES?**

(Circule uno o más códigos)

Debajo de las piedras, troncos, hoyos, hojas secas y terrones.....	1
Dentro de los zapatos	2
Detrás de los cuadros	3
Detrás, debajo y dentro de los muebles (sillones, roperos, mesas, camas, reposteros, etc.)	4
En los agujeros/rendijas de la pared	5
En los objetos guardados que no se movilizan o usan con regularidad.....	6
En los rincones de las habitaciones.....	7
En los techos de las habitaciones	8
Otro	9
(Especifique)	
NO SABE	10

709. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA EVITAR LA PICADURA O MORDEDURA DE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES?

(Circule uno o más códigos)

Fumigar la vivienda.....	1
Limpiar con frecuencia los rincones de las habitaciones.....	2
Limpiar con frecuencia los techos de las habitaciones.....	3
Limpiar detrás de los cuadros.....	4
Limpiar detrás, debajo y/o dentro de los muebles (sillones, roperos, mesas, camas, reposteros, etc.).....	5
Mirar y/o sacudir la ropa antes de utilizarla.....	6
Mirar y/o limpiar antes de abrir o manipular los objetos que no se movilizan o se hallan guardados.....	7
Mirar y/o sacudir los zapatos antes de utilizarlos.....	8
Otro.....	9
(Especifique)	
NO SABE.....	10

ACCIONES ANTE LA MORDEDURA DE UN PERRO

710. ¿QUÉ HARÍA USTED SI ES MORDIDO POR UN PERRO?

(Circule uno o más códigos)

Lavarse la herida con abundante agua y jabón	1
Identificar al animal mordedor	2
Acudir al establecimiento de salud	3
Otro _____	4
(Especifique)	
Otro _____	5
(Especifique)	
Otro _____	6
(Especifique)	

**710A. INDIQUE
EL ORDEN**

OBSERVACIONES:

800. SEGURIDAD VIAL
(Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA N°:

NOMBRE: _____

INFORMANTE N°:

801. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACOSTUMBRA USTED:

	Nunca?	Casi nunca?	Casi siempre?	Siempre?	NO EXISTE
1. Cruzar las pistas por el cruce peatonal	1	2	3	4	
2. Cruzar por el puente peatonal aunque exista un cruce peatonal	1	2	3	4	5
4. Cruzar las pistas solo cuando el semáforo está en rojo para los vehículos	1	2	3	4	5
5. Esperar el vehículo de transporte público en la acera, sin invadir la pista	1	2	3	4	
6. Cruzar por el cruce peatonal mirando previamente a ambos lados	1	2	3	4	

803. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿HA ESCUCHADO USTED POR LA RADIO O HA VISTO EN LA TELEVISIÓN ALGUNA CAMPAÑA SOBRE SEGURIDAD VIAL?

Sí.....1

No 2

OBSERVACIONES:	
----------------	--

800A. PATRIMONIO, SERVICIOS Y BIENES CULTURALES (Persona de 14 y más años de edad)

[illegible]

PATRIMONIO CULTURAL	
---------------------	--

Pase a 800A.7

**Pase a
siguiente
ítem**

**Pase a
siguiente ítem**

SERVICIOS CULTURALES

800A.8 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A.....,		800A.9 ¿CON QUÉ FRECUENCIA ASISTIÓ AL/A LA..... Semanal?.....1 Mensual?.....2 Trimestral?.....3 Semestral?.....4 Anual?.....5 Otra?.....6 (Especifique)		Para el último espectáculo o evento		800A.12 ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO ASISTIÓ? Falta de tiempo.....1 Falta de interés.....2 Falta de dinero.....3 No tiene información oportuna.....4 No hay ofertas.....5 Otra.....6 (Especifique)	
				800A.10 ¿CÓMO OBTUVO EL TICKET O ENTRADA AL/A LA FUE: Comprado?.....1 Pagado por otra persona?.....2 Entrada libre? ...3 Otra forma?.....4 (Especifique)		800A.11 ¿CUÁL FUE EL MONTO PAGADO POR ENTRADA O TICKET DE INGRESO AL.....? (Nuevos soles)	
				CÓDIGO		CÓDIGO	
				ENT		DEC	
1. Espectáculo de teatro?	1 2						
2. Espectáculo de danza?	1 2						
3. Espectáculo de circo?	1 2						
4. Espectáculo musical (conciertos, festivales, etc.)?	1 2						
5. Función de cine?	1 2						
6. Exposición de fotografía, pintura, galería de arte y otros?	1 2						
7. Feria artesanal?	1 2						
8. Biblioteca y/o sala de lectura?	1 2						
9. Feria del libro?	1 2						
10. Festival local - tradicional (fiestas patronales, festividades, carnavales, regionales, etc.)?	1 2						
11. Otros servicios culturales? _____ (Especifique)	1 2						

OBSERVACIONES:

BIENES CULTURALES

800A.13 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A....., ¿USTED OBTUVO O ADQUIRIÓ:		800A.14 ¿CON QUÉ FRECUENCIA OBTUVO O ADQUIRIÓ..... Diaria?..... 1 Interdiaria?..... 2 Semanal?..... 3 Quincenal?..... 4 Mensual?..... 5 Trimestral?..... 6 Anual?..... 7 Otra?..... 8 (Especifique)		Para la última adquisición				800A.18 ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO OBTUVO O ADQUIRIÓ : Falta de tiempo1 Falta de interés2 Falta de dinero3 No tiene información oportuna4 No hay ofertas5 Nunca utilizó el internet6 Otra7 (Especifique)	
SÍ NO		CÓDIGO	CÓDIGO	ENT	DEC	CÓDIGO	CÓDIGO		
MATERIAL IMPRESO									
1. Libros?	1 2								
2. Periódicos?	1 2								
3. Revistas y/o magazines?	1 2								
A TRAVÉS DE DESCARGA O ACCESO POR INTERNET									
4. Libros digitales?	1 2								
5. Periódicos digitales?	1 2								
6. Revistas y/o magazines digitales?	1 2								
7. Música?	1 2								
8. Películas y otros contenido de video?	1 2								
9. Videojuegos desde dispositivos móviles?	1 2								
10. Videojuego multijugador en línea?	1 2								
CDS, BLURAY U OTROS DISPOSITIVOS									
11. Películas u otros contenidos de video?	1 2								
12. Música?	1 2								
13. Video juegos?	1 2								
OTRO									
14. Obras de arte (pintura, escultura, grabado, fotografía, etc.?)	1 2								
15. Productos artesanales?	1 2								
16. Otros productos culturales? (Especifique)	1 2								
OBSERVACIONES:									

USO EXCLUSIVO DEL ENCUESTADOR/A

Completa 1	Incompleta 2	Rechazo 3	Ausente 4
MOTIVO Viaje por estudio 1 Viaje por trabajo 2 Viaje por salud 3 Cansancio o aburrimiento 4 Otro 8 (Especifique)	MOTIVO No dispone de tiempo 5 No le importa dar información 6 Familiares lo niegan 7 Otro 8 (Especifique)	MOTIVO Viaje por estudio 1 Viaje por trabajo 2 Viaje por salud 3 Otro 8 (Especifique)	Nº de días de ausencia

RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos	DNI	FECHA
---------------------	-----	-------

INFORMANTE Nº:		NOMBRE:	
----------------	--	---------	--

905. ¿CUÁL ES EL NÚMERO TELEFÓNICO DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS DE LOS BOMBEROS?

Número de teléfono:

NO SABE 1

	N° DE PERSONAS	NINGUNA
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?		1
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?		1
3. Otro? _____ (Especifique)		1

910. SU VIVIENDA SE ENCUENTRA EXPUESTA A:		
	SÍ	NO
1. ¿Basurales, aguas estancadas?	1	2
2. ¿Inundaciones?	1	2
3. ¿Precipicios?	1	2
4. ¿Deslizamiento de tierras, derrumbes o avalanchas?	1	2
5. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2

[illegible]

INFORMANTE Nº:		NOMBRE:	
----------------	--	---------	--

<p>1001. ¿CONSIDERA USTED QUE EN SU ZONA O BARRIO EL AIRE SE ENCUENTRA:</p> <p>Muy contaminado? 1</p> <p>Contaminado? 2</p> <p>Poco contaminado? 3</p> <p>Nada contaminado? 4 → Pase a 1003</p>	<p>1003. SI USTED IDENTIFICA QUE SE ESTÁ CONTAMINANDO EL AIRE, ¿A QUÉ ENTIDAD O INSTITUCIÓN ACUDIRÍA? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Ministerio del Ambiente / Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA) 1</p> <p>Municipalidad 2</p> <p>Ministerio de Salud 3</p> <p>Medios de comunicación 4</p> <p>Otro 5 (Especifique)</p> <p>NO SABE 6</p> <p>NO ACUDIRÍA 7</p>
<p>1002. EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE EN SU ZONA O BARRIO? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Basura en las calles (botaderos) 1</p> <p>Quema de basura al aire libre 2</p> <p>Por el parque automotor:</p> <p>Emissiones contaminantes 3</p> <p>Ruidos molestos 4</p> <p>Por actividades comerciales:</p> <p>Emissiones contaminantes 5</p> <p>Ruidos molestos 6</p> <p>Por actividades de construcción:</p> <p>Emissiones contaminantes 7</p> <p>Ruidos molestos 8</p> <p>Emissiones producto de la explotación de minas y canteras 9</p> <p>Emissiones de las fábricas, refinerías, etc. 10</p> <p>Otro 11 (Especifique)</p> <p>NO SABE 12</p>	<p>1004. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA DISMINUIR LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE? (Circule uno o más códigos)</p> <p>Evitar quemar la basura (papel, plástico, llantas, etc.) 1</p> <p>No botar basura en las calles 2</p> <p>Cuidar las áreas verdes y los bosques 3</p> <p>Participar en acciones de educación ambiental 4</p> <p>Usar transporte alternativo (a pie, bicicleta) y/o transporte masivo (buses, metro, tren) 5</p> <p>Usar combustibles menos contaminantes (GNV, GLP, Gasohol) 6</p> <p>Otro 7 (Especifique)</p> <p>NO SABE 8</p>

[illegible]

PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

1005. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... USTED, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA AL COMPRAR ALGÚN PRODUCTO O CONTRATAR UN SERVICIO?

Sí..... 1

No 2 →

Concluya la entrevista

**1006. ¿SOBRE QUÉ TIPO DE PRODUCTO O SERVICIO FUE SU PROBLEMA?
(Circule uno o más códigos)**

Servicios bancarios y financieros 1

Servicios de transporte aéreo y terrestre 2

Seguro privado de salud 3

Seguros privados de otro tipo (auto, de vivienda, etc.) 4

Equipos de telecomunicación..... 5

Electrodomésticos y equipos de cómputo..... 6

Servicios educativos (privado) y artículos de educación..... 7

Autos / Servicio automotriz..... 8

Vivienda (alquiler y/o compra)..... 9

Otro 10
(Especifique)

Servicios de agua, luz, telecomunicaciones y otros servicios públicos 11

De haber circulado solo el código 11 concluya la entrevista

**PARA EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL SERVICIO O PRODUCTO ADQUIRIDO
(Considere solo las alternativas del 1 al 10)**

1007. ¿LLEGÓ A PRESENTAR EL RECLAMO O DENUNCIA?

Sí..... 1

No 2 →

Pase a 1010

**1008. ¿DÓNDE PRESENTÓ SU RECLAMO O DENUNCIA?
(Circule uno o más códigos)**

Ante la empresa o proveedor..... 1

Libro de Reclamaciones del proveedor..... 2

INDECOPI (para reclamos y denuncias) 3

Asociación de consumidores 4

Poder Judicial 5

Policia Nacional del Perú 6

Entidad reguladora (OSIPTEL, OSINERGMIN, OSITRAN, SUNASS, etc.) 7

Centro de Arbitraje del consumidor..... 8

Medios de comunicación 9

Redes sociales..... 10

Otro 11

(Especifique)

1009. ¿OBTUVO USTED ALGUN TIPO DE SOLUCIÓN LUEGO DE REALIZAR EL RECLAMO O DENUNCIA?

Sí 1

No 2

Concluya la entrevista

**1010. ¿POR QUÉ NO PRESENTÓ SU RECLAMO O DENUNCIA?
(Circule uno o más códigos)**

Por vergüenza..... 1

Por falta de tiempo..... 2

Por el costo del procedimiento de reclamo o denuncia 3

Desconoce donde reclamar/denunciar 4

El valor del bien o servicio era de bajo costo 5

Prefiere evitar problemas..... 6

El producto o servicio fue adquirido de un ambulante 7

Lo iba a hacer, pero luego lo olvido 8

Es una pérdida de tiempo 9

Otro 10

(Especifique)

OBSERVACIONES: