

400. SALUD (Para todas las personas)

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

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	MES	AÑO

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

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

	N° de controles Prenatales del último parto
SI.....1 →	
NO.....2 →	PASE A 401

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

- Puesto de salud MINSA*..... 1
- Centro de salud MINSA*2
- Centro o puesto de salud CLAS*3
- Posta, policlínico ESSALUD*4
- Hospital MINSA*.....5
- Hospital del Seguro (ESSALUD)*6
- Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional*7
- Consultorio médico particular*8
- Clínica particular*9
- En su domicilio (de la paciente)* 10
- Casa de comadrona o partera*..... 11
- Otro 12
(Especifique)

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

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

- Sí..... 1
- No..... 2

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

	402A. ¿Cuántos días no pudo realizar sus actividades normalmente?
<i>Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)?</i> 1	
<i>Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?</i>2	
<i>Recaída de enfermedad crónica?</i> 3	
<i>Accidente?</i>4	
<i>No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente?</i> 5 →	PASE A 410

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

- Puesto de salud MINSA*.....1
- Centro de salud MINSA*2
- Centro o puesto de salud CLAS*3
- Posta, policlínico ESSALUD*4
- Hospital MINSA*.....5
- Hospital del Seguro (ESSALUD)*6
- Hospital de las FF.AA. y/o*
- Policía Nacional*7
- Consultorio médico particular*8
- Clínica particular*9
- Farmacia o botica* 10
- En su domicilio (del paciente)*..... 11
- Casa de huesero, curandero* 12
- Otro 13
(Especifique)
- NO BUSCÓ ATENCIÓN 14

PASE
A 409

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

- Médico*.....1
- Dentista/odontólogo*2
- Obstetrix*.....3
- Enfermera(o)*.....4
- Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud)* ...5
- Promotor(a)*.....6
- Otro7
(Especifique)

406. ¿RECIBIÓ LOS SERVICIOS DE:

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

OBSERVACIONES

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PASE A 410

(Especifique)

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

(Acepte una o más alternativas)

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

(Especifique)

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

Sí 1 →

No 2 → **PASE A 412**

411. ¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?

(Acepte una o más alternativas)

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

(Especifique)

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

- Sí..... 1
- No..... 2

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

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

OBSERVACIONES

(414) ¿UD. RECIBIÓ:	(415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)									(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(417) ¿DÓNDE COMPRO?		(418) ¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?					
	Pagado por algún miembro de este hogar? 1 Autoconsumo? 2 Autosuministro? 3 Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? 4 Donado por alguna institución del estado o programa social (SIS)? 5 Donado por alguna institución privada? 6 Fue cubierto por el Seguro? 7 Otro? (especifique) 8 NO SABE/NO RESPONDE ..9 →									PASE A 418 PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.		Establecimientos MINSA 1 Establecimientos ESSALUD 2 Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional 3 Botiquín Comunal 4 Farmacia o botica 5 Clínica particular 6 Consultorio particular... 7 CLAS 8 ONG 9 Optica 10 Bodega 11 Casa de huesero, Curandero 12 Ambulante 13 Otro (Especifique) 14 PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.		PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO					
																Monto S/.		CÓDIGO	Monto S/.
Sí	No	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.														
EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS																			
1. CONSULTA?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
2. MEDICINAS / INSUMOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
3. ANÁLISIS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
5. OTROS EXÁMENES (HEMODIÁLISIS, ETC.)? (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES																			
6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
8. COMPRA DE LENTES?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
9. VACUNAS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
10. CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
11. ANTICONCEPTIVOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
12. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)? (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																			
13. HOSPITALIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
14. CONTROLES POR EMBARAZO?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
15. ATENCIONES DE PARTO?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9								

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIONES DE SALUD AL CUAL UD. ESTA AFILIADO ACTUALMENTE ES: (Acepte una o más alternativas)

- ¿ESSALUD (antes IPSS)? 1
 ¿Seguro privado de salud? 2
 ¿Entidad prestadora de salud? 3
 ¿Seguro de FF.AA. / Policiales? 4
 ¿Seguro Integral de Salud? 5
 ¿Seguro universitario? 6
 ¿Seguro escolar privado? 7
 ¿Otro? 8
 (Especifique)
 NO ESTÁ AFILIADO..... 9

(Sólo si alguno de los Códigos de respuesta en P419, es igual a 5)

419A. SU FICHA DE AFILIACION AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), ESTA VIGENTE?

- Sí 1
 No 2

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS CONTINÚE CON EL CAPITULO 500 "EMPLEO"

OBSERVACIONES
