
	<p>PILOTO DE DESARROLLO COGNITIVO</p> <p>Segundo Seguimiento - Formulario del Hogar</p> <p>MÓDULO 1. LA VIVIENDA Y EL HOGAR</p>	
--	---	---

ENTREVISTADOR/A: El/La informante es la madre biológica del/la niño/ha seleccionado/a o la persona (preferiblemente señora) que sabe más sobre el hogar
(la esposa del jefe del hogar)

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

7. ¿En qué día de la semana se realiza la entrevista?	Lunes	1 <input type="checkbox"/>	Viernes	5 <input type="checkbox"/>
	Martes	2 <input type="checkbox"/>	Sábado	6 <input type="checkbox"/>
	Miércoles	3 <input type="checkbox"/>	Domingo	7 <input type="checkbox"/>
	Jueves	4 <input type="checkbox"/>		


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

II. UBICACIÓN E IDENTIFICACIÓN

[illegible]

AÑADIR PLANTILLA CON DATOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: ➔ [Reporte_Seguimiento_Blanco.pdf](#)

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

201.  ENTREVISTADOR/A: Revise preguntas 1 a 4 del reporte de seguimiento ¿Sigue el hogar viviendo en la misma vivienda que habitaba hace DOS AÑOS (FECHA) / TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 401
---	--	-------

201b. ¿Cuál fue el motivo principal para el cambio de domicilio?	Cercanía al sitio de trabajo/estudio	1 <input type="checkbox"/>
	Mejores condiciones de vivienda	2 <input type="checkbox"/>
	Por solicitud de entrega de la vivienda (si no es propia)	3 <input type="checkbox"/>
	Por conseguir vivienda propia	4 <input type="checkbox"/>
	Por conseguir un arriendo más barato	5 <input type="checkbox"/>
	Independencia del Hogar	6 <input type="checkbox"/>
	Formalización/Separación Marital	7 <input type="checkbox"/>
	Otro, ¿cuál?	8 <input type="checkbox"/>

III. SALUD

325a.	¿Desde hace DOS AÑOS la madre biológica del niño/niña seleccionado/a ha tenido algún hijo/a que no viva en este hogar?	No 2 <input type="checkbox"/> → 325b Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? <input type="text"/>
Orden	Nombres y apellidos	Fecha nacimiento Día Mes Año
81		_ _ _ _ _ _ _
82		_ _ _ _ _ _ _
83		_ _ _ _ _ _ _
84		_ _ _ _ _ _ _

ENTREVISTADOR/A: Revise pregunta 320 del reporte de seguimiento ¿marcó 1 en M3b?

Si 1 ☐ ↓ No 2 ☐ → IV

325b.. Por enfermedad, accidente o nacimiento (hermano/a inmediatamente menor del/la niño/niña seleccionado/a) tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente, como:	a. Ceguera total	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ Ni MACARTHUR No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Ceguera parcial	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ Ni MACARTHUR No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Sordera total	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ Ni MACARTHUR No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Sordera parcial	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ Ni MACARTHUR No 2 <input type="checkbox"/>

	e. Mudez	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ Ni MACARTHUR	No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Dificultad para entender o aprender	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ	No 2 <input type="checkbox"/>
	g. Dificultad para moverse o caminar por sí mismo	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ	No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Dificultad para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ	No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía	Si 1 <input type="checkbox"/> No aplique ASQ	No 2 <input type="checkbox"/>
325b1.	¿Le han diagnosticado a (hermano/a inmediatamente menor del niño/niña seleccionado/a) algún problema a nivel cognitivo?	Si 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____ No aplique ASQ No 2 <input type="checkbox"/>	
325c.	¿El/la hermano/a inmediatamente menor del/la niño/niña seleccionado/a tiene más de 2 años (desde 24 meses y un día) de edad?	Si 1 <input type="checkbox"/> → IV No 2 <input type="checkbox"/> ↓	
325d.	¿Cuántas semanas de embarazo tenía (ud. o madre biológica del/la niño/niña seleccionado/a) en el nacimiento de (hermano/a inmediatamente menor del/la niño/niña seleccionado/a)	_ _	

IV. DISTANCIAS			
Si alguien del hogar se desplazara a los siguientes lugares, en este o en otro municipio, ¿cómo lo haría y cuánto tiempo le llevaría?	401. ¿Queda en este municipio o en otro? 1. En este municipio 2. En otro municipio 3. NA	402. Desde el hogar hasta____, ¿cómo se desplazaría? 1. Motorizado 2. No motorizado 3. A pie 9. NS/NR	403. Desde el hogar hasta____, ¿cuánto tiempo gastaría? a. Horas b. Minutos
b. Escuela de primaria más cercana	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
e. El lugar de atención médica más cercano (público o privado)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
f. El hogar comunitario del ICBF más cercano	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
g. Guardería, preescolar, jardín infantil u otro centro para el cuidado de niños/as (excluyendo el hogar comunitario)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
h. El lugar donde habitualmente se realizan los encuentros de bienestar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
j. La plaza de mercado o galería	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
k. La tienda (o supermercado) más cercano donde realiza sus compras	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
l. La tienda (de variedades, cacharrería o miscelánea) más cercano donde compra juguetes	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
m. La papelería más cercana donde compra libros para niños/niñas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓
n. La tienda de ropa más cercana donde compra ropa para niños/niñas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/> ↓

VII. GASTOS		
A. COMIDA		
701. En los últimos 7 días contados hasta ayer, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en alimentos?	\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/> Adquiridos antes de los últimos 7 días 2 <input type="checkbox"/>	

702. Durante los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que le regalaron, les entregaron o donaron?	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Donados antes de los últimos 7 días 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No 3 <input type="checkbox"/> → 704</p>
703. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que le regalaron, le entregaron o les donaron?	<p>\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/></p>
704. En los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que tomaron de su parcela, si la tienen, o consumieron animales propios si los tienen?	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 706</p> <p>No tienen 3 <input type="checkbox"/> → 706</p>
705. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que tomaron de su parcela o de los animales propios consumidos?	<p>\$ _____</p> <p>NS/NR 1 <input type="checkbox"/></p>
B. OTROS	
706. En los últimos 7 días, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en cigarrillos, tabaco y bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, etc.)?	<p>\$ _____ No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>
707. En el último mes, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en artículos de aseo personal para niños/niñas menores de 6 años de edad (pañales desechables, toallitas húmedas, talcos, jabón, champú, etc.)?	<p>\$ _____ No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>
708. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en juguetes para niños/niñas menores de 6 años?	<p>\$ _____ No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>
708a. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en libros para niños/niñas menores de 6 años?	<p>\$ _____ No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>
709. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en ropa para niños/niñas menores de 6 años?	<p>\$ _____ No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>
710. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en periódicos, revistas y libros para adultos?	<p>\$ _____ No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/></p>

IX. INCIDENTES			
901. Desde hace <i>DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> , ¿sufrió este hogar la muerte de alguno de sus integrantes?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 906	
902. ¿Cuántos miembros del hogar murieron desde <i>hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> ?		_	
<p>ENTREVISTADOR/A: Preguntar 903 a 905 para un máximo de 2 personas. Si más de 2 miembros del hogar murieron desde <i>hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)</i> preguntar por las 2 personas más cercanas al/la entrevistado/a.</p>			
903. ¿Cuál era el parentesco con usted?	904. ¿Era hombre o mujer?	905. ¿Qué edad (años) tenía su “_____” cuando murió?	
1. Hijo/a 2. Hermano/a 3. Padre/Madre 4. Otro	1. Hombre 2. Mujer		
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _ Años	
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _ Años	

906. En los últimos 2 años, ¿tuvo este hogar una mala cosecha o la pérdida de la cosecha?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 908</p> <p>No tuvieron cosecha o No cultivan 3 <input type="checkbox"/> → 908</p>
906b. ¿Cuál fue la causa de la mala cosecha o de la pérdida de la cosecha?	<p>Inundaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Derrumbes o avalanchas 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Incendio 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Plagas o enfermedades 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Cambios Climáticos (invierno/verano/heladas) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra 6 <input type="checkbox"/></p>
907. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	<p>\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/></p>
<p>908. En los últimos 2 años, ¿tuvo este hogar alguna pérdida en un negocio por causa de, por ejemplo, un incendio u otro desastre?</p> <p>ENTREVISTADORA/A: Incluir negocios agropecuarios</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → X</p> <p>No ha tenido negocio 3 <input type="checkbox"/> → X</p>
908b. ¿Cuál fue la causa principal de esta pérdida?	<p>Inundaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Robo 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad del propietario o de los empleados 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de comercialización 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Cambios Climáticos (invierno/verano/heladas) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra 6 <input type="checkbox"/></p>
909. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	<p>\$ _____ NS/NR 1 <input type="checkbox"/></p>

X. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS NIÑOS DEL HOGAR	
1001. ¿Cuántos/as niños/niñas hay en el hogar mayores de 6 meses y menores de 6 años de edad?	<input type="text"/>

ENTREVISTADOR/A: En pregunta 1002a y 1002b transcriba del reporte de seguimiento 301 y 302 el número de orden y nombre del/la niño/niña seleccionado/a y el/la hermano/a inmediatamente menor y pregunte por todos los alimentos que el/la niño/niña ha consumido en los últimos 7 días, incluyendo lo que haya comido fuera del hogar: en el hogar comunitario, en la guardería, en el jardín, en el preescolar, en casa de parientes, en la calle, etc.

1002a. Nombre:				
1002b. No. de orden:				
1002. En los últimos 7 días contados hasta ayer, ¿_____ consumió (alimento)?				
ENTREVISTADOR/A: Si la respuesta es SÍ para algún alimento, registre cuántos días lo consumió y pase al siguiente alimento.				
ALIMENTO	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?
XA. CEREALES				
a1. Arroz	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
a. Pan y/o pastas	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
b. Preparación con harina de trigo y maíz (arepa, galletas, otros productos de panadería diferentes al pan)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
XB. RAICES TUBÉRCULOS PLÁTANOS				
c. Papa, plátano verde, maduro, guineo, yuca, arracacha, etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
XC. HORTALIZAS, VERDURAS Y LEGUMINOSAS VERDES				
d. Arveja, frijol, habas verdes (en cáscara), etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
e. Ahuyama, zanahoria, pimentón, espinacas, repollo, lechuga, acelgas, habichuela, brócoli, guatila, etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
XD. FRUTAS				
f. Fruta entera ó en jugo (mango, naranja, guayaba, mandarina, banano, piña, tomate de árbol, etc.)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

XE. CARNES					
g. Carne de res, hígado, vísceras	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
h. Pollo, gallina u otras aves	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
i. Carne de cerdo, cordero, cabrito, conejo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
j. Pescado	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
k. Huevo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
XF. LÁCTEOS Y DERIVADOS					
l. Leche de fórmula (en tarro ó lata)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
m. Leche sola o en diferentes preparaciones, Kumis ó yogurt, queso ó cuajada	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
XG. GRASAS					
n. Fritos en aceite, manteca, mayonesa, salsa de tomate.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
XH. AZÚCARES Y DULCES					
o. Azúcar, panela (preparaciones), dulces, golosinas, gaseosas, comida de paquete.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
XI. LEGUMINOSAS SECAS Y MEZCLAS VEGETALES					
p. Frijol y arveja seca, lenteja, garbanzo, etc.	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
q. Bienestarina	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	
r. Suplemento vitamínico (vitaminas y minerales)	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	

XI. PARTICIPACIÓN EN FAMILIAS EN ACCIÓN		
1101. ¿Reciben el subsidio de Familias en Acción en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	→ XII

		No	2 <input type="checkbox"/>	
1102. ¿Por qué razón no recibe el subsidio el hogar?	Cumplía requisitos y nunca lo recibí	1 <input type="checkbox"/>	→ XII	
	Cumplía requisitos pero ya no	2 <input type="checkbox"/>		
	Otra	3 <input type="checkbox"/>		
1103. ¿Desde cuándo dejó de recibir el subsidio?	a. <input type="text"/> <input type="text"/> Mes		b. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	

XII. DATOS DE UBICACIÓN Y CONTACTO

Señor/a _____, es posible que vuelva a contactarla en el futuro, por tal razón es importante que me suministre el nombre de dos contactos que puedan dar razón de su ubicación en caso de cambio de residencia.

📞 **ENTREVISTADOR/A:** Solicite dos números telefónicos en donde se pueda ubicar nuevamente al/la entrevistado/a y que sean diferentes a los relacionados en el reporte de seguimiento

1201. Datos del contacto 1	b. Teléfono fijo 1:	Número	d. Tipo de Relación
	Indicativo:		Familiar 1 <input type="checkbox"/>
a. Nombre completo			Vecino/a o Amigo/a 2 <input type="checkbox"/>
	c. Teléfono celular 1	Número	Relación laboral 3 <input type="checkbox"/>
	Operador		De una entidad o negocio cercano 4 <input type="checkbox"/>

e. ¿Conoce usted la dirección de _____ o señas para ubicarlo/a? No la conoce 1 ☐

f. _____

Correo electrónico: _____

1202. Datos del contacto 2: 1 <input type="checkbox"/> Nadie más ➔ ⊗	b. Teléfono fijo 2:	Número	d. Tipo de Relación
	Indicativo		Familiar 1 <input type="checkbox"/>
a. Nombre completo			Vecino/a o Amigo/a 2 <input type="checkbox"/>
	c. Teléfono celular 2:	Número	Relación laboral 3 <input type="checkbox"/>
	Operador		De una entidad o negocio cercano 4 <input type="checkbox"/>

e. ¿Conoce usted la dirección de _____ o señas para ubicarlo/a? No la conoce 1 ☐

OBSERVACIONES: _____

f. Correo electrónico: _____
