

**ENTREVISTADOR(A):** El informante es cada persona mayor de 12 años si está en el hogar; para las personas que no se encuentran en el hogar en el momento de la encuesta y para los niños/as con edades entre 6 y 11 años debe responder el jefe del hogar o la madre biológica.

**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"/>
	_ _	_ _	_ _ _ _	Ninguna	4 <input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	4 <input type="checkbox"/>	
4.	Encuestador(a)	Identificación	_ _ _ _ _ _ _ _ _			Otra	5 <input type="checkbox"/>	
6.	Supervisor(a)	Identificación	_ _ _ _ _ _ _ _ _					
							5. ¿Revisó el formulario?	
							Si	1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

**0. IDENTIFICACIÓN**

**ENTREVISTADOR(A):** Tome los datos de la estructura de hogar P301- P302- P306

1. Nombre de la persona a quien corresponde este módulo y número de orden:	_____	No de orden:  _ _
2. Edad (en años) cumplidos de _____	_____	_ _  Años
3. Nombre y número de orden del informante para este módulo	_____  _ _	

**I. EDUCACIÓN**

101.	¿Sabe leer?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	
102.	¿Sabe escribir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	
103.	¿Ha asistido alguna vez a la escuela o colegio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ II
104.	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuál es el último año aprobado en ese nivel por _____?		
	Nivel Educativo		
		1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados
	Preescolar	2 ○ →	0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○
	Primaria	3 ○ →	0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○
	Secundaria	4 ○ →	0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○
Técnica o Tecnológica	5 ○ →	0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○	
Superior o Universitaria	6 ○ →	0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○	
Postgrado	7 ○ →	0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○	
105.	¿Asiste actualmente _____ a un establecimiento educativo? (aunque esté en vacaciones)	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ II
106.	<b>ENTREVISTADOR(A):</b> ¿El nivel educativo alcanzado por _____ a la fecha de esta visita es igual o superior a secundaria completa (6 años aprobados)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ II
107.	En una semana normal, ¿Cuántos días a la semana asiste _____ al establecimiento educativo?	_ _	
108.	En promedio, en un día normal, ¿_____ cuántas horas asiste al día?	_ _	
109.	En los últimos 20 días de escuela, ¿cuántos días en total dejó de asistir _____ a la escuela (excluyendo los días de vacaciones)?	_ _  Días No dejó de asistir 1 <input type="checkbox"/>	

**II. SALUD**

201.	Durante los <b>últimos 15 días</b> , contados hasta hoy, ¿dejó _____ de realizar sus actividades normales/diarias debido a problemas de salud? (como ir a trabajar, hacer quehacer de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿cuántos días?  __ __  NO 2 <input type="checkbox"/>	
202.	En los <b>últimos 12 meses</b> , contados hasta hoy, ¿dejó _____ de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer que hacer de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) <b>durante 7 DIAS CONSECUTIVOS o más</b> debido a problemas de salud? a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿cuántos días?  __ __  NO 2 <input type="checkbox"/>	
203.	Durante los <b>últimos 12 meses</b> , contados hasta hoy, _____ ¿padeció alguna de las siguientes enfermedades? a. Cáncer b. VIH c. Alguna enfermedad grave crónica (por ejemplo: diabetes, enf. cardiovascular, enf. bronquial, cirrosis, osteoporosis)	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
204.	Tiene _____ alguna dificultad permanente para...	
	a. Caminar	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
	b. Hacer actividades vigorosas como correr o transportar objetos pesados	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
	c. Ver, escuchar, o hablar	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
	d. Bañarse o vestirse	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
	e. Concentrarse, aprender o acordarse de las cosas	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>

**III. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más)**

301. <del>ENTREVISTADOR(A)</del> : ¿_____ tiene <b>10 años</b> o más?		Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ ⊗
302. ¿En qué actividad ocupó _____ la mayor parte del tiempo la <b>semana pasada</b> , de lunes a domingo?	Trabajo No trabajó pero tenía trabajo Tiene incapacidad permanente para trabajar Buscó trabajo Oficios del hogar Es pensionado o jubilado Estudió Otra actividad	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	→ 306 → 308 → ⊗ → ⊗
303. ¿Realizó _____ la <b>semana pasada</b> , de lunes a domingo, alguna actividad a cambio de plata o dinero?		Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ 306
304. ¿Realizó _____ durante la <b>semana pasada</b> , de lunes a domingo, algún trabajo en un negocio familiar o de amigos o conocidos, <b>sin que le pagaran</b> ?		Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ 306
305. La <b>semana pasada</b> , de lunes a domingo, ¿hizo _____ alguna diligencia para buscar trabajo?		Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ 310 → 310
306. ¿Cuántas horas trabajó _____ al día durante cada día de la <b>semana pasada</b> , de lunes a domingo? (0 (cero) es posible para algunos días, no todos)	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	__ __   __ __   __ __   __ __   __ __   __ __   __ __	
307. ¿Fue la semana pasada una semana de trabajo normal?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 309
308. ¿Cuántas horas trabaja _____ al día durante una <b>semana normal</b> ? (0 (cero) es posible para algunos días, no todos)	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	__ __   __ __   __ __   __ __   __ __   __ __   __ __	
309. ¿Cuántos días al mes trabaja _____ normalmente?		__ __	
310. ¿Cuántos meses ha trabajado _____ durante los últimos 12 meses, contando hasta hoy? (Contar todos los meses incluso si no se ha trabajado el mes completo)		__ __  (Si es cero Meses → ⊗)	
311. En su trabajo _____ es:	Obrero(a), empleado(a) Jornalero(a), peón Empleado(a) doméstico(a) Trabajador independiente o por cuenta propia Patrón, dueño o socio de un negocio, finca o parcela Trabajador familiar o ayudante sin remuneración	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	→ 313a → 313a → 315
312. ¿Cuánto recibe _____ normalmente por su trabajo en cada pago?		\$ __ __ . __ __ _ .	

313.	¿Con qué frecuencia recibe ____ este pago? (leer opciones)	Mensual	1	<input type="checkbox"/>	} 315
		Quincenal	2	<input type="checkbox"/>	
		Cada diez días	3	<input type="checkbox"/>	
		Semanal	4	<input type="checkbox"/>	
		Diario	5	<input type="checkbox"/>	
		Otro ¿cuál? _____	6	<input type="checkbox"/>	

**ENTREVISTADOR(A):** Asegúrese de no duplicar la información, si varias personas del hogar tienen el mismo negocio)

313.a	¿Es usted el dueño o patrón de este negocio, o sabe mucho sobre los asuntos del negocio?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	NO 2 <input type="checkbox"/>
-------	--	-------------------------------	-------------------------------

**ENTREVISTADOR(A):** Pedir la información en el período de tiempo que más recuerde el informante.

313.b	¿Cuáles fueron los ingresos, los gastos y la ganancia (o pérdida) total del negocio ó actividad principal de este negocio y con qué frecuencia?			
		<b>Semanal</b>	<b>Mensual</b>	<b>Anual</b>
	a. Total de ingresos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	b. Total de gastos, incluyendo gastos de materia prima, arriendo, pago de personal, servicios públicos, pago de préstamos e intereses y pago de impuestos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	c. Ganancia o pérdida del negocio ó actividad	1. Ganancia \$ _____ 2. Pérdida \$ _____	1. Ganancia \$ _____ 2. Pérdida \$ _____	1. Ganancia \$ _____ 2. Pérdida \$ _____

314.	Si en este momento ____ vendiera el negocio o finca, ¿cuánto esperaría recibir por esta venta?	\$ _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _	NA 1 <input type="checkbox"/>	NS/NR 2 <input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

315.	Generalmente, ¿dónde realiza _____ su trabajo principal?	
	En el local u oficina de la empresa, o la persona contratante 1 <input type="checkbox"/> En local propio o arrendado 2 <input type="checkbox"/> En la vivienda que habita 3 <input type="checkbox"/> En vivienda distinta a la suya 4 <input type="checkbox"/> En la calle como ambulante 5 <input type="checkbox"/> En la calle como estacionario 6 <input type="checkbox"/> En un kiosco o caseta 7 <input type="checkbox"/>	Puerta a puerta 8 <input type="checkbox"/> En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) 9 <input type="checkbox"/> En una mina o cantera 10 <input type="checkbox"/> En una obra de construcción 11 <input type="checkbox"/> En finca o terreno propio, arrendado o en aparcería 12 <input type="checkbox"/> En una finca o terreno ajeno 13 <input type="checkbox"/> Río, mar, laguna, quebrada, o ciénaga 14 <input type="checkbox"/> Otro 15 <input type="checkbox"/>

<b>OBSERVACIONES</b>