

III. DATOS DE LA POBLACIÓN

Liste todas las personas que viven en esta institución empezando por el personal administrativo (si no fue incluido en alguno de los formularios censales N°1 o N°2) y luego todas las demás personas que se encuentran en la institución.

12. ¿Número de orden?	13. ¿Cuál es el nombre y apellido de cada una de las personas que vive en esta institución?	14. ¿Es hombre o mujer?	15. ¿Cuántos años cumplidos tiene...?	16. ¿Pertenece... a alguna etnia, grupo indígena o comunidad negra?	17. ¿Vive en esta institución?	18. ¿Es un empleado de esta institución?
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
_ _ _ _	_____	1 <input type="checkbox"/> H 2 <input type="checkbox"/> M	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> menor de 1 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> N°. años <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> 98 o más	1 <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

SI HAY MAS PERSONAS, UTILICE UN FORMULARIO ADICIONAL Y NO OLVIDE MARCARLO CON X EN LA PRIMERA PÁGINA