

INE

REPUBLICA DE HONDURAS
DESPACHO DE LA PRESIDENCIA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES DE PROPOSITOS MULTIPLES

FORMA DE
CARACTER CONFIDENCIAL
Los datos individuales serán
estrictamente confidenciales
Decreto 86-2000, art.31
Julio 2000

I. IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL

REGION ☐ DEPTO. ☐ MUESTRA ☐ VIVIENDA NO. ☐ HOGAR No. ☐

MUNICIPIO: ☐

LUGAR POBLADO: _____

BARRIO O COLONIA _____

DIRECCION: _____ MANZANA ☐ VIVIENDA No. ☐

¿Cuántos hogares hay en la vivienda? ☐ II. DATOS DE LA VIVIENDA

1. TIPO DE VIVIENDA

1- ☐ Casa o apartamento independiente
2- ☐ Rancho
3- ☐ Cuarto en mesón o cuartería
4- ☐ Barracón
5- ☐ Casa improvisada
6- ☐ Local no construido para habitación pero usada como vivienda
7- ☐ Otro _____
especifique _____

2. MATERIAL PREDOMINANTE EN LA CONSTRUCCION DE LAS PAREDES

1- ☐ Ladrillo, piedra o bloque
2- ☐ Adobe
3- ☐ Madera
4- ☐ Bahareque, vara o caña
5- ☐ Desechos
6- ☐ Otro _____
especifique _____

3. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO

1- ☐ Cerámica
2- ☐ Ladrillo de cemento
3- ☐ Ladrillo de barro
4- ☐ Plancha de cemento
5- ☐ Madera
6- ☐ Tierra
7- ☐ Otro _____
especifique _____

4. SERVICIO DE AGUA

a- ¿De dónde proviene el agua que utiliza?

1- ☐ Servicio público
2- ☐ Servicio colectivo o privado
3- ☐ Pozo malacate o con bomba
4- ☐ Río, riachuelo, manantial, ojo de agua
5- ☐ Otro _____
Especifique _____

b- ¿Cómo la obtiene?

6- ☐ Dentro de la vivienda
7- ☐ Fuera de la vivienda y dentro
8- ☐ Fuera de la propiedad

5. SERVICIO SANITARIO

a- ¿Qué tipo de servicio sanitario tiene?

1- ☐ Inodoro conectado a red de alcantarilla
2- ☐ Inodoro conectado a pozo séptico
3- ☐ Letrina con cierre hidráulico
4- ☐ Letrina con pozo séptico
5- ☐ No tiene (pase a 6)
b- ¿Es de uso individual o colectivo?

7- ☐ Individual
8- ☐ Colectivo

6. SERVICIO DE ELECTRICIDAD

¿Qué tipo de electricidad tiene?

1- ☐ Suministro ENEE
2- ☐ Planta colectiva
3- ☐ Planta individual
4- ☐ Energía solar
5- ☐ No tiene

7. TENENCIA DE LA VIVIENDA

¿En carácter de que ocupan esta vivienda?

1- ☐ Propietario y está pagada totalmente
2- ☐ Propietario y la está pagando } LPS ☐ Pago Mensual ☐
3- ☐ Alquilada
4- ☐ Cedida sin pago
5- ☐ Recuperada legalizada
6- ☐ Recuperada sin legalizar

8. ¿EN QUE AÑO CONSTRUYO SU VIVIENDA?

1- ☐ _____
2- ☐ No sabe

9. ¿DESDE CUANDO VIVE EN ESTA VIVIENDA?

1- ☐ Meses _____ (cantidad)
2- ☐ Años _____ (cantidad)

10. SI EL TIEMPO QUE TIENE DE VIVIR EN ESTA VIVIENDA ES DESPUES DE 1998:

¿Su vivienda fue dañada por el huracán Mitch?

1- ☐ SI 2- ☐ NO

11. CANTIDAD DE PIEZAS DE LA VIVIENDA

a- ¿Cuántas piezas tiene esta vivienda? (incluya la cocina pero no el baño) ☐

b- ¿Cuántas piezas utilizan para dormir? ☐

III. COMPOSICION DEL HOGAR

¿cuántas personas en total residen habitualmente en el hogar? ☐

1	2	3	4	5	6	7
PN	RELACION	SEXO	EDAD	ESTADO		MADRE
RM	CON EL JEFE			CIVIL ACTUAL		
SE	Relación con el jefe de cada miembro del hogar	Código de sexo 1. Hombre 2. Mujer	Edad en años cumplidos, para menores de un año anote 00	Unión libre, casado, separado, divorciado, viudo, soltero o menor	c o d i g o	No. De orden de la madre, 00 si no vive en el hogar
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Miembros del hogar: Menores de 5 años ☐ De 5 años y más ☐ Total ☐

IV. CONTROL DEL TRABAJO

A. RESULTADO DE LA ENTREVISTA	B. PERSONAL PARTICIPANTE	C. CONTROL DE VISITAS			
1- <input type="checkbox"/> Realizada	Enc. _____	No.	FECHA	HORA	RESULTADO
2- <input type="checkbox"/> Rechazada	Fir. _____	1			
3- <input type="checkbox"/> Personas ausentes	Coord. _____	2			
4- <input type="checkbox"/> Vivienda desocupada	Fir. _____	3			
5- <input type="checkbox"/> Vivienda no localizada					

V. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS (PARA 5 AÑOS Y MAS)

Nombre: _____ Autoinformante 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no		No. Pers. Infor.
No. de persona: 	sexo: 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el jefe Estado civil
CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS		
1. ¿DONDE NACIO? Depto.: Mpio.: Lugar poblado: País: 		
2. ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN ESTE LUGAR POBLADO? 1. <input type="checkbox"/> Siempre ha vivido aquí (pase a 4) 2. <input type="checkbox"/> Menos de un año 3. <input type="checkbox"/> Un año o más → cantidad de años		
3. ¿EN QUE DEPARTAMENTO, MUNICIPIO Y LUGAR POBLADO VIVIO ANTES DE VIVIR EN ESTE LUGAR? (SI VIVIA EN EL EXTRANJERO ANOTE EL NOMBRE DEL PAIS) Depto.: Mpio.: Lugar poblado: País: 		
CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS		
4. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO		
5. ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO		
6. ¿CUAL ES EL NIVEL MAS ALTO DE ESTUDIO QUE ESTA CURSANDO O QUE CURSO? Y ¿CUAL ES EL ULTIMO AÑO APROBADO EN ESE NIVEL? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> 1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Pre primaria 3. <input type="checkbox"/> Centro de alfabetización 4. <input type="checkbox"/> Primaria 1-6 5. <input type="checkbox"/> Secundaria 1-6 6. <input type="checkbox"/> Técnico formal 1-3 7. <input type="checkbox"/> Superior no universitaria 1-4 8. <input type="checkbox"/> Superior universitaria 1-8 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no respondió </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> Pase a 7 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ultimo año aprobado </div> </div> </div>		
7. ¿EN EL MES ANTERIOR RECIBIO ENSEÑANZA O FORMACION PROFESIONAL? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 8) 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a 9)		
8. PRINCIPAL OBJETIVO Y HORAS RECIBIDAS EN EL MES ANTERIOR DE LA ENSEÑANZA O FORMACION PROFESIONAL 1. <input type="checkbox"/> Preparación Profesional en el marco estudiantil 2. <input type="checkbox"/> Enseñanza en el marco de fomento horas del empleo 3. <input type="checkbox"/> Formación continua en la empresa horas 4. <input type="checkbox"/> Por interés personal horas 5. <input type="checkbox"/> Otros objetivos horas		
CONTINUE SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		
CARACTERÍSTICAS ECONOMICAS		
9. DURANTE LA SEMANA PASADA ¿DEDICO UNA HORA O MAS A ALGUN TRABAJO O ACTIVIDAD, POR LA CUAL RECIBIO PAGO EN DINERO O EN OTRA FORMA U OBTUVO ALGUNA GANANCIA? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 13) 2. <input type="checkbox"/> NO		
10. DURANTE LA SEMANA PASADA ¿REALIZO O AYUDO A REALIZAR ALGUN TRABAJO SIN PAGO EN UN NEGOCIO O EN LAS TIERRAS DE UN FAMILIAR U OTRA PERSONA? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 13) 2. <input type="checkbox"/> NO (Continúe con 11)		
11. AUNQUE NO TRABAJO LA SEMANA PASADA, ¿TENIA EMPLEO, NEGOCIO EMPRESA O FINCA PROPIA, DEL CUAL ESTUVO AUSENTE (POR ENFERMEDAD, HUELGA, VACACIONES, ETC.) Y AL QUE ESPERA VOLVER? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (Pase a 19)		
12. ¿PORQUE MOTIVO NO TRABAJO LA SEMANA PASADA? 1. <input type="checkbox"/> Mal tiempo 2. <input type="checkbox"/> Falta de materia prima, dinero etc. 3. <input type="checkbox"/> Huelga o paro 4. <input type="checkbox"/> Problemas familiares o de salud 5. <input type="checkbox"/> Vacaciones, estudio etc. 6. <input type="checkbox"/> Por estacionalidad 7. <input type="checkbox"/> Otro: _____ especifique		
13. ¿TIENE OTRO TRABAJO ADEMAS DE LA OCUPACION PRINCIPAL? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO Ocupación secundaria 		
14. ¿CUANTAS HORAS TRABAJO LA SEMANA PASADA? Ocupación principal Ocupación secundaria Total (Para uso de oficina) 		
15. ¿CUANTAS HORAS EN TOTAL TRABAJA NORMALMENTE POR SEMANA? Total de horas 		
16. CUMPLIENDO CON SUS OBLIGACIONES DE TRABAJO, ESTUDIO Y OTROS QUEHACERES, ¿DESEA TRABAJAR MAS HORAS POR SEMANA, Y ESTA DISPONIBLE PARA HACERLO POR UN PAGO O INGRESO NORMAL? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a 27A)		
17. ¿CUANTAS HORAS ADICIONALES ESTA DISPUESTO A TRABAJAR POR SEMANA? cantidad de horas 		
18. ¿POR QUE CAUSA NO TRABAJA NORMALMENTE MAS HORAS POR SEMANA? 1. <input type="checkbox"/> Por razones de salud 2. <input type="checkbox"/> Por razones familiares o personales 3. <input type="checkbox"/> Por que no consigue trabajo adicional 4. <input type="checkbox"/> Por otras razones: _____ (pase a 27A)		
19. DURANTE LA SEMANA PASADA ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO O FINCA? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 21) 2. <input type="checkbox"/> NO (cont. Con 20)		

41. Durante los últimos tres meses ¿recibió ingresos en dinero por una o más de las siguientes fuentes?

¿Recibió ingresos en dinero por una o más de las siguientes fuentes?											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
C O D	CONCEPTO	Anote 1= si 2= no	INGRESOS EN	MONTO EN LEMPIRAS							TOTAL
				PERSONA No.							
1.	Pensión o jubilación		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
2.	Alquileres		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
3.	Subsidios		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
4.	Bonos		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
5.	Remesas del exterior		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
6.	Ayudas familiares		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
7.	Ayudas particulares		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
8.	Intereses bancarios		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
9.	Prestaciones laborales		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
10	Herencias		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
11	Otros		Ultimos 3 meses								
			Ultimo mes								
Total											

Observaciones Generales

[illegible]

DIARREA

MODULO DE SALUD (PARA MENORES DE 5 AÑOS)

N U M E R O D E O R D E N	01. ¿EN LAS PASADAS DOS SEMANAS TUVO DIARREA?	02. ¿DONDE ATENDIERON AL NIÑO (A)?	03. ¿QUIEN ATENDIO AL NIÑO (A)?	04. ¿QUE LE DIO PARA CURAR LA DIARREA?
		1. Si 2. No → pase a 5	1. Hospital público 2. Centro de salud 3. Clínica / Hospital Privado 4. Consultorio / Médico particular 5. Farmacia 6. Su Casa 7. Otra Casa 8. Otro Lugar _____ Especifique	1. Médico 2. Enfermera/Auxiliar de enfermería 3. Responsable o promotor de salud 4. Naturista/ Curandero 5. Farmacéutico 6. Usted mismo 7. Otra persona

OBSERVACIONES

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (I.R.A.)

N U M E R O D E O R D E N	05. ¿EN LAS PASADAS DOS SEMANAS TUVO TOS, RESFRIO, GRIPE, BRONQUITIS O PULMONIA?	06. ¿DONDE ATENDIERON AL NIÑO (A)?	07. ¿QUIEN ATENDIO AL NIÑO (A)?	08. ¿QUE LE DIO O QUE HIZO PARA CURAR LA TOS, RESFRIO, GRIPE BRONQUITIS O PULMONIA?
		1. Tos, Resfrío o gripe 2. Bronquitis o pulmonía 3. No tuvo	1. Hospital público 2. Centro de salud 3. Clínica / Hospital Privado 4. Consultorio / Médico particular 5. Farmacia 6. Su Casa 7. Otra Casa 8. Otro Lugar _____ Especifique	1. Médico 2. Enfermera/Auxiliar de enfermería 3. Responsable o promotor de salud 4. Naturista/ Curandero 5. Farmacéutico 6. Usted mismo 7. Otra persona

OBSERVACIONES
