

2005

JULIO

D	L	M	M	J	V	S
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

SEPTIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

2006

ENERO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

MARZO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

MAYO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

JULIO

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

SEPTIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
31				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

CENSOS NACIONALES: X DE POBLACIÓN Y V DE VIVIENDA 2005 - 2009 ENCUESTA NACIONAL CONTINUA 2006



Información Confidencial Amparada por el Decreto Supremo N° 043 - 2001 - PCM del Secreto Estadístico



Doc.ENCO.01A1

Conglomerado N°	N° de Submuestra	N° de Selección de la Vivienda	Tipo de Selección	Cuestionario N°	1. <input type="radio"/> Cuestionario Adicional
-----------------	------------------	--------------------------------	-------------------	-----------------	---

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. DEPARTAMENTO	2. PROVINCIA	3. DISTRITO
4. CENTRO POBLADO		
4A. NÚCLEO URBANO		
CATEGORIA		

UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°	6. MANZANA N°	7. A.E.R. N°	8. VIVIENDA N°
------------	---------------	--------------	----------------

9. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (Rellene sólo el óvalo ● que corresponde)

Tipo de vía → 1 Avenida 2 Jirón 3 Calle 4 Pasaje 5 Carretera 6 Otro

Nombre de vía

N° de puerta - Block - Piso - Interior

Manzana - Lote - Km. - Teléfono

10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA

Sr(a).: Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.

¿CUÁNTOS HOGARES OCUPAN ESTA VIVIENDA? →

11. HOGAR

12. NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA 1 DEL HOGAR

13. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR				SUPERVISOR	
	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO	RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	RESULTADO DE LA VISITA (*)
PRIMERA	d d m m	DE h h m m	A h h m m		d d m m	
SEGUNDA	d d m m	DE h h m m	A h h m m		d d m m	
TERCERA	d d m m	DE h h m m	A h h m m		d d m m	
CUARTA	d d m m	DE h h m m	A h h m m		d d m m	
QUINTA	d d m m	DE h h m m	A h h m m		d d m m	

14. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

FECHA RESULTADO (*)

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. Completa	3. Rechazo	5. No se inició la entrevista	7. Otro (especifique)
2. Incompleta	4. Ausente	6. Vivienda desocupada (especifique)	

15. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

APELLIDO PATERNO	DNI DEL ENCUESTADOR(A)	APELLIDO PATERNO	DNI DEL SUPERVISOR(A)
------------------	------------------------	------------------	-----------------------

16. TOTAL DE RESIDENTES HABITUALES EN EL CAPÍTULO 200

PERSONA N° : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS. Rellene así No marque así

Informante N°

200. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR

201. N° de orden	202. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y DE LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ 6 MESES O MÁS? (NO OLVIDE REGISTRAR A LAS PERSONAS AUSENTES O RECIÉN NACIDOS)	203. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON (Persona 1)? <small>Persona 1 1 Esposo(a) 2 Hijo(a) / hijastro(a) ... 3 Yerno / nuera 4 Nieta(a) 5 Padre / madre 6 Suegro(a) 7 Hermano(a) 8 Cuñado(a) 9 Otro pariente 10 Trabajador(a) del hogar 11 Pensionista 12 Otro no pariente 13</small>	204. ¿ESTÁ AUSENTE DEL HOGAR 6 MESES O MÁS?	205. SEXO	206. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? <small>(Si tiene 1 año o más, anote sólo en AÑOS. Si es menor de 1 año, anote sólo en MESES)</small>
1	NOMBRE APELLIDO	1	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
2	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
3	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
4	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
5	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
6	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
7	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
8	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
9	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
10	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
11	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
12	NOMBRE APELLIDO		1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>

Encuestador: Tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

- a) Si en la Pregunta 204 está relleno el óvalo del código 1 (Sí), para esta persona sólo complete el capítulo 200.
b) Si en la Pregunta 204 está relleno el óvalo del código 2 (No), continúe con la entrevista para esta persona.

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

N° de Días

1. Algún profesor? No sabe

2. Ud. / el propio estudiante? No sabe

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Conviviente?
2. Separado(a)?
3. Casado(a)?
4. Viudo(a)?
5. Divorciado(a)?
6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Quechua?
2. Aymara?
3. De un grupo nativo o indígena de la Amazonía?
4. Negro/mulato/zambo?
5. Blanco?
6. Mestizo?
7. Otro? (especifique) →

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED?
(Rellene sólo un óvalo)

1. Católica
2. Evangélica
3. Adventista
4. Mormona
5. Testigo de Jehová
6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
7. Otra (especifique) →

8. No profesa
9. No contesta (se reserva)

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE:
(MES ANTERIOR)

1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes (en la calle, local público, centro de trabajo, etc.)? 1. Sí 2. No
2. Agresión o robo de pandillas? 1. Sí 2. No
3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo? 1. Sí 2. No
4. Secuestro? 1. Sí 2. No
5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No
6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No
7. Otro? (especifique) 1. Sí 2. No

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)? 1. Sí 2. No
2. Tabaco/cigarrillo? 1. Sí 2. No

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

1. Ha corregido a un menor con castigo físico? 1. Sí 2. No
2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca? 1. Sí 2. No

418A. ¿Usó sólo sus puños y pies?

1. Sí
2. No

Si en la alternativa 2, rellene el óvalo 1 (Sí):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL

1. Ninguno → Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país?
TOTAL

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES AÑO

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS. Rellene así No marque así

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS
 Rellene así No marque así

308. DE CADA UNA DE ESTAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN OTRA PROVINCIA O PAÍS, DÍGAME:

(308A) N° DE PERSONA	(308B) ¿QUÉ SEXO TIENE?	(308C) ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE FUE?	(308D) ¿A QUÉ LUGAR SE FUE? (Si se fue al extranjero anote sólo el nombre del país en los casilleros respectivos)	(308E) ¿EN QUÉ AÑO SE FUE?	(308F) ¿ESTA PERSONA ENVÍA DINERO EN FORMA PERIÓDICA A ESTE HOGAR?
Persona 1	1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	Años <input type="text"/>	DEPARTAMENTO PROVINCIA PAÍS	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
Persona 2	1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	Años <input type="text"/>	DEPARTAMENTO PROVINCIA PAÍS	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
Persona 3	1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	Años <input type="text"/>	DEPARTAMENTO PROVINCIA PAÍS	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
Persona 4	1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	Años <input type="text"/>	DEPARTAMENTO PROVINCIA PAÍS	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
Persona 5	1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	Años <input type="text"/>	DEPARTAMENTO PROVINCIA PAÍS	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No

309. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, DE A, ¿UD. O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR, RECIBIÓ DINERO EN FORMA PERIÓDICA, DE UN PARIENTE O AMIGO PERUANO QUE VIVE EN OTRO PAÍS (No incluya a las personas que vivían permanentemente en este hogar)?

1. Sí 2. No

310. EN EL MES DE ¿UD. O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR:
(MES ANTERIOR)

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Leyó periódicos o revistas? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 2. Escuchó radio en su vivienda? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 3. Escuchó radio de la comunidad? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 4. Vio televisión en su vivienda? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 5. Vio televisión de la comunidad? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 6. Usó teléfono fijo en su vivienda? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 7. Usó teléfono público? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 8. Usó teléfono celular? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 9. Utilizó internet en su vivienda? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 10. Utilizó internet en cabina pública? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |

400. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

PERSONA N° NOMBRE : INFORMANTE N°

PARA TODAS LAS PERSONAS

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

1. Sí
2. No

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Lea cada alternativa y rellene uno o más óvalos)

1. Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)?
 2. Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?
 3. Recaída de enfermedad crónica?
 4. Accidente?
 5. No tuvo enfermedad, síntoma, recaída o accidente? → Pase a 404

403. ¿POR ESTE(A) ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

1. Sí
2. No

404. ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN QUE DURE 6 MESES O MÁS PARA:

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ver, aún usando lentes o anteojos? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 2. Oír, aún usando audifonos? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 3. Hablar? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 4. Usar brazos y manos / manipular? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 5. Usar piernas y pies / caminar y usar escaleras? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 6. Entender / aprender (concentrarse y recordar)? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 7. Comunicarse, entender a otros o que otros lo entiendan a usted? | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 8. Alguna otra dificultad o limitación? (especifique) | 1. <input type="checkbox"/> Sí | 2. <input type="checkbox"/> No |

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

405. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE APRENDIÓ A HABLAR EN SU NIÑEZ:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Quechua?
 2. Aymara?
 3. Asháninka?
 4. Aguaruna?
 5. Shipibo - conibo?
 6. Otra lengua nativa? (especifique) →

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. Castellano?
 8. Inglés?
 9. Portugués?
 10. Otra lengua extranjera? (especifique) →

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

11. Es sordomudo/a

406. EN EL MES DE ¿UD. HA REALIZADO ALGÚN VIAJE QUE HAYA DURADO MÁS DE UN DÍA:
(MES ANTERIOR)

1. Dentro del país? 1. Sí 2. No
 2. Fuera del país? 1. Sí 2. No

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD

407. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

1. Sí
2. No

408. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS
1. <input type="checkbox"/> Sin nivel			
2. <input type="checkbox"/> Educación inicial			1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
3. <input type="checkbox"/> Prim. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
4. <input type="checkbox"/> Prim. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
5. <input type="checkbox"/> Secun. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
6. <input type="checkbox"/> Secun. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
7. <input type="checkbox"/> Sup. no univ. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
8. <input type="checkbox"/> Sup. no univ. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
9. <input type="checkbox"/> Sup. univ. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
10. <input type="checkbox"/> Sup. univ. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal

409. ESTE AÑO, ¿ESTÁ MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

1. Sí
2. No → Pase a 413

410. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

1. Sí
2. No → Pase a 413

411. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?

	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS
1. <input type="checkbox"/> Educación inicial			1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
2. <input type="checkbox"/> Primaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
3. <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
4. <input type="checkbox"/> Sup. no universitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal
5. <input type="checkbox"/> Sup. universitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Estatal 2. <input type="checkbox"/> No Estatal

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9

No marque así Rellene así

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

N° de Días

- 1. Algún profesor? 1. No sabe
2. Ud. / el propio estudiante? 1. No sabe

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES: (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Conviviente?
2. Separado(a)?
3. Casado(a)?
4. Viudo(a)?
5. Divorciado(a)?
6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN: (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Quechua?
2. Aymara?
3. De un grupo nativo o indígena de la Amazonía?
4. Negro/mulato/zambo?
5. Blanco?
6. Mestizo?
7. Otro? (especifique)

Grid for marking origin options

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED? (Rellene sólo un óvalo)

- 1. Católica
2. Evangélica
3. Adventista
4. Mormona
5. Testigo de Jehová
6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
7. Otra (especifique)

Grid for marking religion options

- 8. No profesa
9. No contesta (se reserva)

3

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE: (MES ANTERIOR)

- 1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes...
2. Agresión o robo de pandillas?
3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo?
4. Secuestro?
5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar...
6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar...
7. Otro? (especifique)

Grid for marking victimization options

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

- 1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)?
2. Tabaco/cigarrillo?

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

- 1. Ha corregido a un menor con castigo físico?
2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca?

418A. ¿Usó sólo sus puños y pies? 1. Sí 2. No

Si en la alternativa 2, rellene el óvalo 1 (SI):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL grid

- 1. Ninguno -> Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL grid

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país? TOTAL grid

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES and AÑO grids

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

N° de Días

- 1. Algún profesor? 1. No sabe
2. Ud. / el propio estudiante? 1. No sabe

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES: (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Conviviente?
2. Separado(a)?
3. Casado(a)?
4. Viudo(a)?
5. Divorciado(a)?
6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN: (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Quechua?
2. Aymara?
3. De un grupo nativo o indígena de la Amazonía?
4. Negro/mulato/zambo?
5. Blanco?
6. Mestizo?
7. Otro? (especifique)

Grid for marking origin options

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED? (Rellene sólo un óvalo)

- 1. Católica
2. Evangélica
3. Adventista
4. Mormona
5. Testigo de Jehová
6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
7. Otra (especifique)

Grid for marking religion options

- 8. No profesa
9. No contesta (se reserva)

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE: (MES ANTERIOR)

- 1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes...
2. Agresión o robo de pandillas?
3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo?
4. Secuestro?
5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar...
6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar...
7. Otro? (especifique)

Grid for marking victimization options

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

- 1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)?
2. Tabaco/cigarrillo?

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

- 1. Ha corregido a un menor con castigo físico?
2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca?

418A. ¿Usó sólo sus puños y pies? 1. Sí 2. No

Si en la alternativa 2, rellene el óvalo 1 (SI):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL grid

- 1. Ninguno -> Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL grid

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país? TOTAL grid

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES and AÑO grids

2

