

SECCIÓN 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)
PARTE A: SALUD GENERAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿(...) Tiene alguna enfermedad crónica que haya sido diagnosticada como:			2. En los últimos 12 meses , ¿se ha enfermado (...) de:			3. En los últimos 12 meses , por problemas de salud, ¿acudió o se atendió en...							4. ¿Está (...) registrada/o o afiliada/o a alguno de los siguientes seguros de salud?			5. ¿En los últimos 12 meses , cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:				
	1. Diabetes? 2. Cáncer? 3. Enfermedad renal? 4. Enfermedad del corazón? 5. Tuberculosis? 6. Chagas? 7. Reumatismo/Artritis/Artrosis/ Osteoporosis ? 8. Enfermedad del hígado? 9. Hipertensión arterial? 10. Otra enfermedad crónica (Especifique) 11. Ninguna?			1. Malaria? 2. Dengue? 3. Leishmaniasis? 4. Chikungunya ? 5. Zika? 6. Gripe A(H1N1) u otra influenza? 7. Otras (Especifique) 8. Ninguna?			A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)? B. Establecimientos de salud públicos? C. Establecimientos de salud privados? D. Su domicilio, atendido por el Programa "Mi Salud"? E. Su domicilio? F. Médico tradicional? G. La farmacia sin receta médica (automedicación)?							1. Prestaciones del Servicio de Salud Integral (antes SUMI y SPAM) 2. CNS (Caja Nacional de Salud/ Caja de la Banca Privada/Banca Estatal/COSSMIL/ Seguro Universitario) 3. Seguros de Salud del Gobierno Autónomo Departamental o Municipal 4. Seguros privados 5. Otro (Especifique) 6. Ninguno			A. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirió pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro? B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.? C. Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.? D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.? E. Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?				
	1°	2°	Especifique	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	E	F	G	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	E
																	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)
	1			2			3							4			5				
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					

SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN