

PRIMERA ENCUESTA VIRTUAL PARA PERSONAS LGBTI, 2017

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADA POR EL DECRETO SUPLENTO 043-2001-PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO

DOC.LGBTI.01.01

I. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE SU VIVIENDA

10. DEPARTAMENTO	11. PROVINCIA	12. DISTRITO

II. IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

1. APELLIDOS Y NOMBRES (LEGAL O SOCIAL)	N° DE DNI							

3. CORREO ELECTRÓNICO	4. TELÉFONO MÓVIL	5. EDAD	6. FECHA DE NACIMIENTO
	N° de Móvil _____		
OPCIONAL	OPCIONAL		Día Mes Año

7. LUGAR DE NACIMIENTO:

A: PERU	
DEPARTAMENTO :	
PROVINCIA:	
DISTRITO:	

B: EXTRANJERO	
PAÍS	

[illegible]

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 100. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
EDUCACION			
101	¿CUÁL ES EL ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1.Sin nivel educativo <input type="checkbox"/> 2.Educación inicial <input type="checkbox"/> 3.Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> 4.Primaria Completa <input type="checkbox"/> 5.Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> 6.Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 7.Superior No Universitaria Incompleta (Técnica-3 años) <input type="checkbox"/> 8.Superior No Universitaria Completa (Técnica-3 años) <input type="checkbox"/> 9.Superior Universitaria Completa <input type="checkbox"/> 10.Superior Universitaria Incompleta..... <input type="checkbox"/> 11.Postgrado <input type="checkbox"/>	
102	ACTUALMENTE, ¿ASISTE A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, COLEGIO, INSTITUTO SUPERIOR O UNIVERSIDAD?	1.Si..... <input type="checkbox"/> → PASE A 104 2.No <input type="checkbox"/>	
103	¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA CUAL USTED NO ASISTE A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, COLEGIO, INSTITUTO SUPERIOR O UNIVERSIDAD? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 2.Porque fui discriminado(a)o violentado(a) por mi orientación sexual/identidad de género/ diversidad corporal <input type="checkbox"/> 3.Porque ya concluí mis estudios <input type="checkbox"/> 4.Otra razón _____ (Especifique) <input type="checkbox"/>	
SALUD			
104	USTED SE ENCUENTRA AFILIADO A: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. ¿Seguro integral de salud (SIS)?..... <input type="checkbox"/> 2. ¿Seguro social de salud (ESSALUD)? <input type="checkbox"/> 3. ¿Seguro de fuerzas armadas / policiales?..... <input type="checkbox"/> 4. ¿Seguro privado de salud? <input type="checkbox"/> 5. ¿Entidad prestadora de salud (EPS)?..... <input type="checkbox"/> 6. ¿Otro seguro? _____ (Especifique) <input type="checkbox"/> 7. No estoy afiliado..... <input type="checkbox"/>	

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
119	¿AL CONOCER SU ORIENTACIÓN SEXUAL/IDENTIDAD DE GÉNERO ¿SUS FAMILIARES: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Le obligaron a asistir donde un psicólogo, psiquiatra, cura o pastor, curandero, chamán para "curarle" o "cambiarle"?..... <input type="checkbox"/> 2. Le sometieron forzosamente a tratamiento hormonales correctivo"? <input type="checkbox"/> 3. Le agredieron sexualmente para corregir su orientación sexual?... <input type="checkbox"/> 4. Le aceptaron, pero niegan su orientación sexual? <input type="checkbox"/> 5. Le aceptaron pero niegan su identidad de género? <input type="checkbox"/> 6. Le respetaron, aceptaron e integraron? <input type="checkbox"/> 7. Se identificaron con la defensa de los derechos LGBTI?..... <input type="checkbox"/> 8. No lo apoyan, ni lo aceptan? <input type="checkbox"/>	
120	¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA INTERSEXUAL?	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/> 3.No sabe/No está seguro(a) <input type="checkbox"/>	
121	¿CONSIDERA USTED NECESARIO MODIFICAR SU CUERPO PARA SER RECONOCIDO(A) EN EL GÉNERO CON EL QUE SE IDENTIFICA?	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/>	
122	ACTUALMENTE CON RELACIÓN A SU VIDA EN PAREJA, ¿USTED SE ENCUENTRA: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1.Sin pareja?..... <input type="checkbox"/> 2.Con pareja, sin convivencia? <input type="checkbox"/> 3.Con pareja, en convivencia?..... <input type="checkbox"/> 4.Con más de una pareja?..... <input type="checkbox"/>	
123	¿SI USTED TIENE HIJOS, ESTOS ESTAN LEGALMENTE RECONOCIDOS?	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/> 3.No tiene..... <input type="checkbox"/>	

DISCAPACIDAD

La siguiente pregunta es para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE (más de 6 meses), que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias

124	¿TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD O DIFICULTAD PERMANENTE, QUE LE IMPIDA DESARROLLAR NORMALMENTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, IGUAL QUE LAS DEMÁS PERSONAS?	1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/>	
-----	---	--	--

EMPLEO

125	LA SEMANA PASADA ¿TRABAJÓ AL MENOS UNA HORA POR ALGÚN PAGO EN DINERO O ESPECIE? (Sin contar los quehaceres del hogar)	1.Si..... <input type="checkbox"/> → PASE A 128 2.No..... <input type="checkbox"/>	
126	LA SEMANA PASADA: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. ¿No trabajó pero tenía trabajo? <input type="checkbox"/> 2. ¿Aunque no trabajó, tiene algún negocio propio al que volverá? <input type="checkbox"/> 3. ¿Realizó algún cachuelo por un pago en dinero o especie?..... <input type="checkbox"/> 4. ¿Realizó labores en la chacra, cuidó y/o pastoreó animales?..... <input type="checkbox"/> 5. ¿Estuvo ayudando en la tienda o negocio de un familiar sin pago alguno?..... <input type="checkbox"/> 6. ¿Estuvo al cuidado del hogar y no trabajó?..... <input type="checkbox"/> 7. NO TRABAJÓ <input type="checkbox"/>	PASE A 128

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
127	LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO?	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> } PASE A 134 <input type="checkbox"/>
128	LA SEMANA PASADA ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ? (Ejemplos: PROFESOR DE EDUCACIÓN SECUNDARIA, ABOGADO(A), AGRICULTOR(A), VENDEDOR(A), COCINERO(A), ETC.)	<hr/> (Especifique)	
129	¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL LA SEMANA PASADA? (Ejemplos: CONFECCIÓN DE VESTIDOS, VENTA DE ABARROTES AL POR MAYOR EN TIENDA, RESTAURANTE, ETC.)	<hr/> (Especifique)	
130	LA SEMANA PASADA, EN SU CENTRO DE TRABAJO SE DESEMPEÑO COMO: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. ¿Empleado(a)? <input type="checkbox"/> 2. ¿Obrero(a)? <input type="checkbox"/> 3. ¿Trabajador(a) independiente(a) o por cuenta propia? <input type="checkbox"/> 4. ¿Empleador(a) o patrono(a)?..... <input type="checkbox"/> 5. ¿Trabajador(a) familiar no remunerado(a)?..... <input type="checkbox"/> 6. ¿Trabajador(a) del hogar? <input type="checkbox"/> 7. ¿Otro(a)? <input type="checkbox"/> (Especifique)	
131	USTED, EN ESTE TRABAJO ENFRENTÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. ¿Le amenazaron o agredieron física, verbal o sexualmente? ... <input type="checkbox"/> 2. ¿Le amenazaron con despedirte del trabajo?..... <input type="checkbox"/> 3. ¿No le pagaron lo que le prometieron?..... <input type="checkbox"/> 4. ¿Le obligaron a permanecer en el trabajo para que le den su pago? <input type="checkbox"/> 5. ¿Trabajó en todo momento (día y noche)?..... <input type="checkbox"/> 6. ¿No tuvo acceso a servicio de baño (condiciones insalubres)? <input type="checkbox"/> 7. Ninguna <input type="checkbox"/>	
132	SI USTED QUISIERA DEJAR DE TRABAJAR EN ESTE TRABAJO, ¿PODRÍA HACERLO? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → PASE A 134 <input type="checkbox"/>
133	QUÉ PASARÍA SI NO SIGUE USTED TRABAJANDO: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. ¿Mi familia y/o yo podríamos sufrir alguna amenaza?..... <input type="checkbox"/> 2. ¿Mi empleador me pondría en una lista que me impediría trabajar en la zona? <input type="checkbox"/> 3. ¿Algún otro miembro de mi familia perdería beneficios, como el acceso a tierras, préstamos o empleo? <input type="checkbox"/> 4. ¿Nada, pero no hay más trabajos por mi zona? <input type="checkbox"/> 5. ¿Otro? <input type="checkbox"/> (Especifique)	

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 200. DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA			
N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	¿ALGUNA VEZ HA SUFRIDO DE DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA?	1. Si..... 2. No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → PASE A CAP.300
202	USTED, HA EXPERIMENTADO DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA EN: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. ¿El ámbito laboral?..... 2. ¿El ámbito educativo?..... 3. ¿Las instituciones públicas: ministerios/juzgados/policía /fiscalías?..... 4. ¿Los servicios de salud?..... 5. ¿Los medios de transporte (taxi, buses, combis, transporte público, etc.)?..... 6. ¿Espacios de participación política y representación?..... 7. ¿Espacios públicos (parques, playas, plazas, vía pública)?..... 8. ¿Espacios comerciales y de ocio (bares, discotecas, restaurantes, sauna, etc.)?..... 9. ¿Otro?..... (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
203	¿QUIÉNES LE DISCRIMINARON Y/O VIOLENTARON? (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Familia (padres, hermano(as), tío, abuelo, sobrino, etc.)..... 2. Pareja/expareja, familiares de pareja/expareja..... 3. Compañeros(as) de escuela, padres de compañeros(as)..... 4. Jefes(as), compañeros(as) de trabajo..... 5. Director, docentes, auxiliares, personal administrativo..... 6. Líderes religiosos/espirituales y/o comunidad religiosa..... 7. Funcionarios públicos, policía, serenazgo..... 8. Personal de salud (médicos, enfermeros(as), psicólogos(os), psiquiatras)..... 9. Otro..... (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
204	A LO LARGO DE SU VIDA, ¿ALGUNA VEZ HA EXPERIMENTADO ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Le gritaron, insultaron, amenazaron, burlaron y/o hostigaron, le dijeron que es inmoral, anormal o sucio(a), promiscuo(a), enfermo(a), escandaloso(a)? 2. Le obligaron a cambiar de apariencia (cabellos, uñas, vestimenta)? 3. Le obligaron a someterse a pruebas de ITS y/o VIH? 4. Le trataron sin respetar el género con el cual se identifica? 5. Le ridiculizaron en voz alta llamándole por su nombre legal? 6. Le expulsaron o le negaron la entrada por su identidad de género y/o expresión de afecto en espacios públicos? 7. Le impidieron donar sangre? 8. Le negaron o dificultaron el derecho al voto? 9. Le negaron o dificultaron el derecho a registrar su identidad? 10. Fue víctima de violencia sexual: acoso y/o relaciones sexuales obligadas? 11. Le asaltaron con algún tipo de droga u otra sustancia (le pepearon)? 12. Otro..... (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
205	¿POR TODAS LAS EXPERIENCIAS ANTES MENCIONADAS, USTED HA TENIDO: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia? 2. Sentimientos de exclusión/aislamiento social (familia, compañeros, amigos, etc.)? 3. Fatiga y falta de energía, estrés e irritabilidad? 4. Dificultad para concentrarse, recordar detalles y para tomar decisiones? 5. Dificultades para dormir? 6. Ideas suicidas, Intentos de suicidios? 7. Falta de apetito o ha comido en exceso? 8. Dependencia de algún medicamento? 9. Otro? (Especifique) 10. Ninguna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → PASE A CAP.300
206	¿POR LA DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA QUE EXPERIMENTÓ USTED: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Buscó/acudió a consulta psiquiátrica/psicológica? 2. Buscó/acudió a un grupo de apoyo? 3. Consumió alcohol y drogas? 4. Otro? (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
207	DIGAME CON RESPECTO A LA ÚLTIMA DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA ¿USTED LA HA DENUNCIADO?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → PASE A 211
208	¿ANTE QUÉ INSTITUCIÓN O INSTANCIA DENUNCIÓ USTED? (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Comisaría 2. Juzgado 3. Fiscalía 4. Defensoría del Pueblo 5. Centro de Emergencia Mujer (CEM) 6. Municipalidad 7. INDECOPI 8. Organización LGBTI 9. Otra (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
209	¿CÓMO LE ATENDIERON EN LA INSTITUCIÓN O INSTANCIA A LA QUE USTED ACUDIÓ PARA HACER LA DENUNCIA? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Muy bien 2. Bien 3. Mal 4. Muy Mal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
210	¿CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA DENUNCIA REALIZADA? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. La denuncia sigue en trámite 2. Desconozco el resultado 3. No sancionaron al agresor 4. Sancionaron al agresor 5. Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> } → PASE A CAP.300

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 300. CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS LGBTI

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
301	¿CONOCE USTED ALGUNA INSTITUCIÓN QUE DEFienda LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS LGBTI?	<p>1.Si..... <input type="checkbox"/> → _____ (Especifique)</p> <p>2.No <input type="checkbox"/></p>	
302	¿CONOCE USTED O HA ESCUCHADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PROPUESTAS LEGISLATIVAS? (Marque una o más alternativas de respuesta)	<p>1.Unión civil..... <input type="checkbox"/></p> <p>2.Ley de Identidad de Género <input type="checkbox"/></p> <p>3.Matrimonio Igualitario..... <input type="checkbox"/></p> <p>4.Sanción penal a crímenes de odio por orientación sexual o identidad de género <input type="checkbox"/></p> <p>5.Ordenanzas Regionales /Municipal que sancionen la discriminación por orientación sexual e identidad de género <input type="checkbox"/></p> <p>6.Otra _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)</p> <p>7 No conozco ninguna <input type="checkbox"/></p>	
303	¿SABE USTED QUE LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER (CEM) PUEDEN ATENDER A PERSONAS LGBTI, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA?	<p>1.Si..... <input type="checkbox"/></p> <p>2.No <input type="checkbox"/></p>	

[illegible]

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 400. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

[illegible][illegible]

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 500. PERCEPCIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE LA PERSONA LGBTI

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	¿USTED CREE QUE LA SOCIEDAD PERUANA ACTUALMENTE ES MÁS RESPETUOSA, RESPECTO A LA ORIENTACIÓN SEXUAL/ IDENTIDAD DE GÉNERO DE LAS PERSONAS? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.No sé, <input type="checkbox"/>	
502	ESCUCHA USTED LENGUAJE OFENSIVO EN NUESTRA SOCIEDAD EN RELACIÓN A LAS PERSONAS LGBTI DE PARTE DE: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1.Líderes religiosos..... <input type="checkbox"/> 2.Líderes políticos..... <input type="checkbox"/> 3.Medios de Comunicación, escritos, radiales, televisivos <input type="checkbox"/> 4.Nunca <input type="checkbox"/>	
503	POR EL LUGAR DONDE VIVE ¿QUE INSTITUCIÓN REALIZÓ PROGRAMAS O CAMPAÑAS DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS LGBTI? (Marque una o más alternativas de respuesta)	1.Organismos no Gubernamentales (ONG) <input type="checkbox"/> 2.Gobierno/Estado..... <input type="checkbox"/> 3.Otras instituciones y/o empresas..... <input type="checkbox"/> 4.Ninguno <input type="checkbox"/>	
504	¿COMO CALIFICARÍA USTED EL AVANCE EN EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS LGBTI, EN EL PERÚ? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1.Bueno <input type="checkbox"/> 2.Regular <input type="checkbox"/> 3.Malo <input type="checkbox"/> 4.No sé/no respondo <input type="checkbox"/>	

[illegible]

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 600. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
DATOS DE LA VIVIENDA			
601	¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE SU VIVIENDA, SIN CONTAR EL BAÑO, COCINA, PASADIZOS, NI GARAJE?	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Total de habitaciones	
602	INCLUYÉNDOSE USTED ¿CUÁNTAS PERSONAS OCUPAN SU VIVIENDA DE MANERA PERMANENTE O HABITUAL? (De haber recién nacidos y/o ancianos en la vivienda deben ser considerados en el total de personas)	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> N° de Personas	
DATOS DEL HOGAR			
603	¿LA VIVIENDA QUE OCUPA USTED ES: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Alquilada? <input type="checkbox"/> 2. Propia, totalmente pagada? <input type="checkbox"/> 3. Propia, comprándola a plazos? <input type="checkbox"/> 4. Cedida por un familiar/pareja/amigo(a)? <input type="checkbox"/> 5. Cedida por su centro de trabajo? <input type="checkbox"/> 6. Otra? <input type="checkbox"/> (Especifique)	
604	¿LA VIVIENDA CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS BÁSICOS: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Electricidad? <input type="checkbox"/> 2. Agua Potable? <input type="checkbox"/> 3. Desagüe? <input type="checkbox"/> 4. No cuento con estos servicios <input type="checkbox"/>	
605	EN SU HOGAR TIENE: (Dé respuesta a todas las alternativas)	A. EQUIPOS 1. ¿Radio? <input type="checkbox"/> 2. ¿Televisor? <input type="checkbox"/> 3. ¿Refrigeradora? <input type="checkbox"/> 4. ¿Lavadora? <input type="checkbox"/> 5. ¿Horno microondas? <input type="checkbox"/> 6. ¿Tablet? <input type="checkbox"/> 7. ¿Computadora / Laptop? <input type="checkbox"/> 8. No tengo <input type="checkbox"/> B. SERVICIOS 1. ¿Teléfono fijo? <input type="checkbox"/> 2. ¿Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 3. ¿Conexión a TV por cable o satelital? <input type="checkbox"/> 4. ¿Conexión a Internet? <input type="checkbox"/> 5. No tengo <input type="checkbox"/> C. VEHÍCULO AUTOMOTOR <input type="checkbox"/> 1. No tengo <input type="checkbox"/>	