

# REPÚBLICA DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE ECONOMÍA



ENCUESTA DE HOGARES DE  
PROPÓSITOS MÚLTIPLES 2018



DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTA ENCUESTA SON CONFIDENCIALES,  
ESTÁ AMPARADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1784  
LEY ORGÁNICA DEL SERVICIO ESTADÍSTICO NACIONAL

## IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

## ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

ORDEN DE LA VISITA	ENCUESTADOR(A)					VERIFICACIÓN Y REENTREVISTA DEL SUPERVISOR(A)		
	FECHA	PRÓXIMA VISITA		CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)
		FECHA	HORA					
Primera								
Segunda								
Tercera								
Cuarta								

RESULTADO DE LA ENCUESTA

Fecha	
Resultado	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA VISITA		
TIPO A	TIPO B	TIPO C
1. COMPLETA	5. DESOCUPADA	7. OTROS _____
2. AUSENTE TEMPORAL		(Especifique)
3. REHÚSO	6. VACANTE USADA TEMPORALMENTE PARA NEGOCIO O ALMACENAJE	8. SIN ACCESO A LA INFORMACIÓN _____
4. OTROS _____		(Especifique)
(Especifique)		

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

NÚMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE

BOLETA ANEXA  
1. SÍ 2. No

**SECCIÓN 0: NÚMERO DE MIEMBROS FUERA DEL HOGAR**

**1. ¿ALGUNOS(AS) DE LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR SE ENCUENTRA RESIDIENDO ACTUALMENTE EN EL EXTRANJERO (POR TRABAJO PERMANENTE O BECADO(A) SIN GASTO PARA EL HOGAR, POR MÁS DE 3 MESES)?**

Sí..... 1      No..... 2 —————> **PASE A 2**      840 - Estados Unidos      724 - España      999 - Otros \_\_\_\_\_  
 124 - Canadá      484 - México      (Especifique)  
 ¿CUÁNTOS(AS)?      036 - Australia

TOTAL	HOMBRES	MUJERES	¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO? (Registrar el/la más reciente)	¿PAÍS(ES) DE RESIDENCIA?			
				A	B	C	D

**2. TIENE EN EL HOGAR PUPILLOS(AS)?**

Sí..... 1      No..... 2 —————> **PASE A 3**

¿CUÁNTOS(AS)?

TOTAL	HOMBRES	MUJERES

**3. ¿HA REALIZADO USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR, ALGÚN VIAJE (DESPLAZAMIENTO FUERA DE SU ENTORNO HABITUAL) INCLUYENDO TODOS LOS VIAJES EN EL SALVADOR Y EN EL EXTRANJERO CON FINES DE OCIO O NEGOCIO, DISTINTOS AL DE EMPLEARSE EN DESTINO, INCLUIDAS EXCURSIONES Y VIAJES A SEGUNDA RESIDENCIA DURANTE EL MES ANTERIOR?**

Sí..... 1      No..... 2 —————> **PASE A 6**

	CON PERNOCTACIÓN	DE UN DÍA
<b>4. DE LOS VIAJES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, ¿CUÁNTOS REALIZÓ CON PERNOCTACIÓN Y CUÁNTOS NO (VIAJES DE EXCURSIÓN)?</b>		
<b>5. ¿CUÁNTO FUE EL GASTO POR LOS VIAJES CON PERNOCTACIÓN Y DE UN DÍA?</b>		

**6. ¿EXISTE EN ESTE HOGAR ALGÚN NIÑO O NIÑA MENOR DE 18 AÑOS QUE SU PADRE O MADRE NO VIVA(N) EN ESTE HOGAR?**

Sí..... 1      No..... 2 —————> **FINALIZAR SECCIÓN**

N°	MUERTE	MIGRACIÓN	ABANDONO	OTROS
ORDEN Anote el código de la TRH que aplique	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	Especifique

**NOTA: LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN ANOTADOS EN LAS PREGUNTAS 1 Y 2, NO SE REGISTRARÁN EN LA SECCIÓN 1: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS".**

**OBSERVACIONES:**

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS										
101	102	103	104	105		106	107	108		
N° DE O R D E N	¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN EN ESTA VIVIENDA?  (No olvide registrar a los(as) miembros ausentes temporales por un período menor de 4 meses, recién nacidos(as) y domésticas puertas adentro, estudiantes en el extranjero y/o enfermos(as) financiados por el hogar)	¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE (...) CON EL(LA) JEFE(A) DEL HOGAR?  01. Jefe(a) 02. Esposa(o), compañera(o) 03. Hijo(a) 04. Padre/Madre 05. Hermano(a) 06. Yerno/Nuera 07. Nieto(a) 08. Suegro(a) 09. Otros familiares 10. Empleada(o) doméstica(o) 11. Otros _____ (Especifique)	¿EL SEXO DE (...) ES?  1. Hombre 2. Mujer	¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?		¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS?  (Anote 00 para los menores de 1 año)	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD	PARA PERSONAS DE 0 A 17 AÑOS DE EDAD		
				MES	AÑO		¿CUÁL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (...)?  1. Acompañado(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Soltero(a)	¿QUIÉN ES EL PADRE Y LA MADRE DE (...)?  (Anote 99 si el padre y/o la madre no es miembro del hogar)	TRH	TRH
									PADRE	MADRE
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
OBSERVACIONES:										



[illegible]



SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA			
<b>301. TIPO DE VIVIENDA:</b> 1. Casa privada o independiente 2. Apartamento 3. Condominio → <b>PREGUNTAR N° DE PISOS</b> 4. Pieza en una casa 5. Pieza en un mesón 6. Casa improvisada 7. Rancho 8. Temporal (fenómenos naturales: terremoto, inundaciones, etc.) 9. Otro tipo de vivienda _____ (Especifique)	<b>N° DE PISOS</b> 1. SÍ 2. NO	<b>310 B. ¿ESTÁ EL TERRENO INSCRITO EN EL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR?</b> 1. Sí 3. Está en trámite 2. No 4. No sabe <b>¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ INSCRITO? (IDENTIFICAR MIEMBRO DEL HOGAR)</b>	<b>N° DE ORDEN</b>
<b>302. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES:</b> 1. Losa de concreto 2. Teja de barro o cemento 3. Lámina de asbesto o fibra cemento 4. Lámina metálica 5. Paja o palma 6. Materiales de desecho 7. Otros materiales _____ (Especifique)	<b>Buen Estado (No aplica código 6)</b> 1. SÍ 2. NO	<b>311. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO POSEE ESTA VIVIENDA?</b> 1. Electricidad 5. Panel solar 2. Conexión eléctrica del vecino(a) 6. Generador eléctrico 3. Kerosene (gas) 7. Otra clase _____ 4. Candela (Especifique)	
<b>303. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES:</b> 1. Concreto o mixto 2. Bahareque 3. Adobe 4. Madera 5. Lámina metálica 6. Paja o palma 7. Materiales de desecho 8. Otros materiales _____ (Especifique)	<b>Material en Buen Estado (No aplica código 7)</b> 1. SÍ 2. NO	<b>312. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO DE AGUA POR CAÑERÍA?</b> 1. Dentro de la vivienda con abastecimiento público (ANDA) 2. Dentro de la vivienda con otro tipo de abastecimiento 3. Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con abastecimiento público (ANDA) 4. Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con otro tipo de abastecimiento 4.1. Tubería por poliducto (buen estado) 5. No tiene 6. Tiene pero no le cae (por más de un mes) <b>Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana, ¿cuántos días le cayó agua?</b> <b>Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana, ¿cuántas horas al día le cayó agua?</b>	<b>PASE A 314</b>
<b>304. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES:</b> 1. Ladrillo cerámico 5. Tierra 2. Ladrillo de cemento 6. Otros materiales _____ 3. Ladrillo de barro (Especifique) 4. Cemento		<b>313. ¿CÓMO SE ABASTECE DE AGUA ESTA VIVIENDA?</b> 01. Cañería del vecino(a) 02. Pila, chorro público o cantarera 03. Camión, carreta o pipa 04. Pozo con tubería privado 04.1. Pozo con tubería pública 05. Pozo protegido privado 05.1. Pozo protegido público 06. Pozo no protegido privado 06.1. Pozo no protegido público 07. Ojo de agua, río o quebrada 08. Manantial protegido 09. Manantial no protegido 10. Colecta agua lluvia 11. Acarreo de cañería del vecino(a) 12. Chorro común 13. Otros medios _____ (Especifique)	
<b>305. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA, ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?</b>			
<b>306. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?</b>			
<b>307. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE PARA TRABAJAR O PARA NEGOCIO?</b> (No lo utilizan o lo comparten anotar 00)			
<b>308. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA?</b> 1. Inquilino(a) → <b>PASE A 311</b> 2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos N° de orden _____ → <b>PASE A 310 B</b> 3. Propietario(a) N° de orden _____ } <b>PASE A 310 A</b> 4. Propietario(a) de la vivienda en terreno público 5. Propietario(a) de la vivienda en terreno privado 6. Colono(a) 7. Guardián de la vivienda 8. Ocupante gratuito 9. Otros _____ (Especifique)	<b>CUOTA MENSUAL</b>	<b>314. EL SERVICIO DE BAÑO LO SATISFACE POR:</b> 1. Regadera o pila dentro de la vivienda 2. Regadera o pila fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad 3. Regadera o pila de baño común 4. Río, quebrada u ojo de agua 5. Barril o pila al aire libre 6. Otros medios _____ (Especifique)	
<b>309. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA?</b> 1. Sí 2. No → <b>PASE A 310 A</b>		<b>315. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA?</b> 1. Sí, dentro de la vivienda } <b>PASE A 317</b> 2. Sí, fuera de la vivienda 3. Sí tiene pero no lo utiliza 4. No tiene	
<b>310. ¿QUÉ VALOR EN DINERO TENDRÍAN ESTOS BIENES O SERVICIOS AL MES PASADO?</b> \$ _____ <b>PASE A 311</b>		<b>316. ¿CUENTA CON ACCESO A SERVICIO SANITARIO?</b> 1. Sí, de familiar o amigo(a) 2. No tiene → <b>PASE A 319</b>	
<b>310 A. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTO CREE QUE PAGARÍA POR MES?</b> \$ _____ <b>PASE A 311 SI RESPONDIÓ EN PREGUNTA 309 CÓDIGO 2</b>		<b>317. ¿EL SERVICIO SANITARIO AL QUE TIENE ACCESO ESTA VIVIENDA ES DE:</b> 01. Inodoro a alcantarillado? 06. Letrina común? 02. Inodoro a fosa séptica? 07. Letrina abonera privada? 03. Inodoro común a alcantarillado? 08. Letrina abonera común? 04. Inodoro común a fosa séptica? 09. Letrina solar privada? 05. Letrina privada? 10. Letrina solar común?	

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA											
318. ¿COMPARTE ESTE HOGAR EL SERVICIO SANITARIO QUE UTILIZA CON OTROS HOGARES?				1. SÍ 2. NO		¿Cuántos hogares?		325. ¿CÓMO SE DESHACEN DE LA BASURA EN ESTE HOGAR?			
PASE A 320								1. Recolección domiciliar pública 2. Recolección domiciliar privada 3. La depositan en contenedores 4. La entierran 5. La queman 6. La depositan en cualquier lugar 7. Otros 8. La recicla (Especifique)			
319. ¿QUÉ HACEN CON LAS EXCRETAS?				A				326. EQUIPAMIENTO DEL HOGAR			
1. Las depositan en servicio sanitario 2. Se depositan en un pozo o resumidero 3. Se depositan en una quebrada o río 4. Va a la calle o al aire libre 5. Otros (Especifique)				B				1. ¿Radio? 2. ¿Equipo de sonido? 3. ¿T.V.? 4. ¿Video casetera o DVD? 5. ¿Refrigeradora? 6. ¿Lavadora? 7. ¿Licuadora? 8. ¿Ventilador? 9. ¿Computadora? 10. ¿Secadora de ropa? 11. ¿Máquina de coser? 12. ¿Vehículo (uso del hogar)? (carro, lancha) 13. ¿Plancha? (ropa) 14. ¿Horno microonda? 15. ¿Videojuegos (Nintendo)? 16. ¿Generador de electricidad? 17. ¿Aire acondicionado? 18. ¿Tanque o cisterna? 19. ¿Motocicleta?			
320. ¿CÓMO SE DESHACEN EN LA VIVIENDA DE LAS AGUAS RESIDUALES (GRISES)?								1. SÍ 2. NO 3. NS/NR			
1. Alcantarillado 2. Pozo o resumidero 3. Fosa séptica 4. Quebrada o río 5. A la calle o al aire libre 6. Otros (Especifique)											
321. ¿QUÉ BENEFICIOS RECIBE EL HOGAR DE PARTE DEL GOBIERNO?				1. SÍ 2. NO 3. NS/NR							
1. Subsidio de Gas 2. Subsidio de Energía Eléctrica 3. Bonos Comunidades Solidarias Rurales 4. Bonos Comunidades Solidarias Urbanas 5. Pensión Básica Universal 6. Subsidio de Agua 7. Otros (Especifique) 8. Paquete agrícola				1 2 3 4 5 6 7 8		1 2 3 4 5 6 7 8					
322. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR?								327. AHORA HABLAREMOS SOBRE DAÑOS A SU VIVIENDA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CUANDO LLUEVE, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNA CORRIENTE DE AGUA EN SU CASA O SE INUNDA PARTE DE ELLA?			
1. Electricidad 2. Kerosene (gas) 3. Gas propano 4. Leña 5. Carbón 6. Ninguno 7. Otros (Especifique)								1. SÍ 2. No → PASE A 329			
323. ¿TIENE USTED EMPLEADAS(OS) DOMÉSTICAS(OS)?								328. ¿QUÉ DAÑOS HA SUFRIDO DEBIDO A LA INUNDACIÓN O CORRIENTADA?			
1. SÍ 2. No → PASE A 324  ¿CUÁNTO LE(S) PAGA MENSUALMENTE? \$								1. Daños en la vivienda 2. Pérdida de muebles o enseres 3. Pérdida de alimentos 4. Pérdida de animales de granja 5. Lesiones a un miembro del hogar 6. Enfermedad en un miembro del hogar 7. Otros daños			
324. ¿TIENE USTED EN USO?				1. SÍ 2. NO		¿Cuántos?		329. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA SUFRIDO EN SU TERRENO O VIVIENDA ALGÚN DERRUMBE O ALUD?			
1. Teléfono Fijo 2. Teléfono Celular 3. Internet 3.1. Internet Móvil 4. Cable 5. Cable del vecino				1 2 3 3.1 4 5				1. SÍ 2. No			
330. ¿HAY ALGUNA CÁRCAVA O QUEBRADA CERCANA QUE PUEDA CAUSAR UN DERRUMBE QUE AFECTE SU VIVIENDA?								1. SÍ 2. No			
331. EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL EN ... FUE:											
		¿PAGADO O COMPRADO?	¿DONADO O REGALADO?	¿AUTOCONSUMO, AUTOSUMINISTRO?	¿INCLUIDO EN EL ALQUILER?	¿NO GASTÓ?	¿NO SABE, NO RESPONDE?	¿CUÁNTO FUE EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL?			
								Dólares	Centavos		
1. Agua (Serv. ANDA)		1	2		4	5	6			1	
1.1. Agua envasada		1	2	3	4	5	6			1.1	
1.2. Agua (otras fuentes)		1	2	3	4	5	6			1.2	
2. Electricidad		1	2		4	5	6			2	
3. Kerosene		1	2	3		5	6			3	
4. Gas propano		1	2	3		5	6			4	
5. Candela		1	2	3		5	6			5	
6. Leña		1	2	3		5	6			6	
7. Carga de batería		1	2	3		5	6			7	
8. Internet móvil		1	2			5	6			8	
9. Teléfono fijo		1	2			5	6			9	
10. Celular		1	2			5	6			10	
11. Cable/Cable del vecino		1	2		4	5	6			11	
12. Internet (hogar)		1	2		4	5	6			12	
13. Cibercafé		1	2			5	6			13	
14. Impuestos municipales		1	2			5	6			14	
15. Pago de vigilancia		1	2			5	6			15	
16. Recolección de basura		1	2			5	6			16	
17. Paquete de servicios		1	2		4	5	6			16	
18. Otros (Especifique)		1	2	3		5	6			17	
TOTAL											



SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO																					
PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS																					
401. N° DE ORDEN DE LA TRH				NOMBRE:		402. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE															
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD																					
<b>403. LA SEMANA ANTERIOR (...), ¿REALIZÓ ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA?</b> (Sin contar los quehaceres del hogar) 1. Sí → <b>PASE A 411</b> 2. No				<b>408. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?</b> 1. Estableció contacto con oficinas de empleo 2. Gestionó directamente con empleadores 3. Gestionó en lugar de trabajo, fincas, granjas, etc. 4. Gestionó valiéndose de amigos(as) y familiares 5. Puso aviso o respondió ofertas aparecidas en periódicos o en sitios de internet 6. Buscó terreno, edificio, etc. para establecer su propia empresa o negocio 7. Gestionó para obtener recursos financieros y establecer su propia empresa o negocio 8. Otros _____ (Especifique) 9. No hizo nada → <b>REGRESE A 407 Y ANOTE CÓDIGO 2</b>																	
<b>404. LA SEMANA ANTERIOR (...), REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO:</b> 01. ¿Realizó labores en su terreno o cuidó sus animales? 02. ¿Trabajó en algún negocio propio o de familiar? 03. ¿Vendió algún producto, lotería, periódicos, etc.? 04. ¿Cocinó, lavó ropa ajena u otros servicios a particulares? 05. ¿Elaboró tortillas? 06. ¿Hizo comida típica para vender (pupusas, tamales, etc.)? 07. ¿Elaboró algún otro producto en casa para vender? 08. ¿Ayudó a algún familiar en su negocio o trabajó sin remuneración? 09. ¿Realizó alguna otra actividad para obtener ingresos? 10. No realizó ninguna actividad																					
SI RESPONDE CÓDIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 403 Y ANOTE CÓDIGO 1																					
<b>405 A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?</b> 1. Sí → <b>PASE A 406</b> 2. No				<b>409. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCÓ TRABAJO?</b> 01. Creía que no había trabajo disponible en la zona 02. No sabía como buscar trabajo 03. Se cansó de buscar trabajo 04. Espera ciclo agrícola de Café 05. Espera ciclo agrícola de Caña 06. Espera ciclo agrícola de Algodón 07. Espera ciclo agrícola de otros cultivos 08. Asiste a un centro de Educación Formal o está de vacaciones escolares 09. Por obligaciones familiares o personales 10. Enfermedad o accidente 11. Inhabilitado(a) por hecho violento 12. Trabajo doméstico y cuidado 13. Jubilado(a) o pensionado(a) 14. No puede trabajar (discapacitado(a), anciano(a), etc.) 15. Asiste a un centro de formación o capacitación 16. Otros _____ (Especifique) 17. Ya encontró trabajo que empezará pronto 18. Espera respuesta del empleador(a) 19. Si buscó trabajo → <b>REGRESE A 407 Y ANOTE CÓDIGO 1</b>																	
<b>405 B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?</b> 1. Sí → <b>PASE A 412</b> 2. No → <b>PASE A 407</b>																					
<b>406. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR?</b> 01. Vacaciones laborales 02. Incapacidad por enfermedad o accidente (con certificado médico cubierto por el ISSS) 03. Permisos o licencias (estudios, enfermedad y/o autorizados por la empresa) 03.1. Permiso o licencia por maternidad (pagada) 04. Huelgas o paro laboral 05. Cambio de turno 06. Suspensión laboral 07. Término de temporada de trabajo 08. Falta de materia prima 09. Mal tiempo o fenómeno natural 10. Asuntos personales o familiares 11. Otro 12. No sabe Si responde del 1 al 5, ¿cuántas semanas al año dejó de trabajar? Si dejó de trabajar menos de 5 días, anotar número de días				<b>SI RESPONDIÓ ÍTEM DE 08 A 16 Y TIENE EDAD ENTRE 5 A 17 AÑOS PASE A PREGUNTA 410</b>																	
<b>SI CONTESTÓ DEL 1 AL 5 PASE A 412</b>				<b>409 A. SI DURANTE LA SEMANA ANTERIOR (...) HUBIERA ENCONTRADO TRABAJO O CONSEGUIDO CLIENTES, ¿HUBIERA ESTADO DISPUESTO(A) A TRABAJAR EN EL MISMO MOMENTO O A MÁS TARDAR EN DOS SEMANAS?</b> 1. Sí 2. No																	
				<b>410. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES?</b> 1. Sí → <b>PASE A 436</b> 2. No → <b>PASE A 444</b>																	
<b>406 A. ¿DURANTE ESE PERÍODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA?</b> 1. Sí → <b>PASE A 412</b> 2. No				<b>SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS PASE A 445 F</b>																	
				<b>OCUPADOS(AS)</b>																	
<b>406 B. ¿EN CUÁNTO TIEMPO (...) REGRESARÁ A ESE MISMO TRABAJO?</b> 1. Ya se incorporó o regresará en esa misma semana 2. En cuatro semanas o menos 3. En más de 4 semanas 4. No hay seguridad de que regrese o cuándo reinicie su actividad 5. No regresará 6. No sabe <b>PASE A 412</b>				<b>411. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJÓ EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR?</b> A. De lunes a viernes <b>Jornada</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> B. De sábado a domingo <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 1. De 7 a.m. a 6 p.m. 2. De 6 p.m. a 7 a.m. 3. Mixta <b>Horas    Días    Jorn.</b>																	
<b>DESOCUPADOS(AS)</b>				<b>SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 413 A</b>																	
				<b>412. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA?</b> A. De lunes a viernes <b>Jornada</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> B. De sábado a domingo <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 1. De 7 a.m. a 6 p.m. 2. De 6 p.m. a 7 a.m. 3. Mixta <b>Horas    Días    Jorn.</b>																	
<b>407. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...), ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?</b> 1. Sí      2. No → <b>PASE A 409</b>				<b>SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 413 A</b>																	

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO																																																																																						
<b>413. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS?</b>  01. No desea trabajar más horas 02. Reducción de actividad o falta de trabajo 03. Sólo encontró trabajo a tiempo parcial 04. Jornada habitual de trabajo 05. Razones familiares 06. Tiene otro trabajo 07. Por estudios 08. Por enfermedad o accidente 09. Inhabilitado(a) por hecho violento 10. Por Trabajo doméstico y cuidado 11. Otros _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>		<b>418. ¿EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA EN CALIDAD DE:</b>  01. Empleador(a) o patrono(a)? 02. Cuenta propia con local? 03. Cuenta propia sin local? 04. Cooperativista? 05. Familiar no remunerado? 06. Asalariado(a) permanente? → <b>PASE A 419</b> 07. Asalariado(a) temporal? 08. Aprendiz? 09. ¿Servicio doméstico? 10. Otros _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>																																																																																				
<b>PASE A 414</b>		<b>418 A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO TRABAJA COMO EMPLEADO PERMANENTE?</b>  1. Porque no encuentro trabajo asalariado 2. Porque necesito flexibilidad con el tiempo 3. Porque tengo que cuidar hijos/familiares 4. Porque ganó más así 5. Porque no me gusta ser asalariado 6. Por trabajar con la familia 7. Porque no me lo permite alguien de la familia 8. Por cuidar la casa/bienes debido a la inseguridad 9. Otros _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>																																																																																				
<b>413 A. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA 40 O MÁS HORAS EN LA SEMANA?</b>  1. Jornada habitual de trabajo 2. Porque se lo exigen en el trabajo 3. Para ganar más 4. Porque es negocio propio y tiene que estar presente 5. Por temor a que lo despidan 6. Porque le gusta trabajar más horas 7. Otros _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>		<b>SI CONTESTÓ ÍTEMS DEL 1 AL 5 EN 418, PASE A 421</b>																																																																																				
<b>414. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA?</b>  _____ _____ _____		<b>419. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?</b>  1. Sí, duración indefinida      5. Sí, contrato para interinato 2. Sí, por un plazo fijo          6. Sí, otro tipo de contrato 3. Sí, contrato de prueba        7. No 4. Sí, para realizar un servicio   8. NS/NR  <b>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES LA DURACIÓN DE SU CONTRATO?</b>		<b>MESES</b>																																																																																		
<b>415. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA?</b>  _____ _____ _____		<b>SI PREGUNTA 418 ES 9 PASE A PREGUNTA 422</b>																																																																																				
<b>416. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA?</b>  _____ _____ _____ <b>NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)</b>		<b>420. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?</b>  1. Privado                      3. Organismo internacional 2. Público                    4. Otros _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div>																																																																																				
		<b>421. ADEMÁS DE (...) ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?</b> (Anotar la cantidad de personas)																																																																																				
		<b>MÁS DE 998 ANOTAR 998</b>																																																																																				
<b>417. ¿EN SU EMPLEO (...) TRABAJA:</b>  1. Con herramientas peligrosas? (cortopunzantes, máquinas en movimiento, etc.) 2. Con químicos? (pinturas, salas de belleza, pesticidas, etc.) 3. Llevando cargas pesadas? 4. En ambiente con gases, fuego? 5. En ambiente con polvo, humo? 6. Con explosivos? 7. En alturas? 8. Bajo el agua, en altamar o en manglares? 9. Bajo tierra? 10. Con temperaturas o humedad extrema? 11. En ambiente bullicioso? 12. Con luz insuficiente? 13. Mota u otras partículas? 14. Otros? _____ <div style="text-align: right;">(Especifique)</div> 15. Riesgo de accidentes graves? 16. Agresiones verbales o amenazas?	<table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. SÍ</th> <th>2. NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1. SÍ	2. NO	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			<b>422. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?</b>  A. ISSS? B. Bienestar Magisterial? C. IPSFA? D. Colectivo? E. Individual (Privado)? F. AFP? G. INPEP?	<table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. SÍ, afiliado</th> <th>2. SÍ, cotizante</th> <th>3. No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1. SÍ, afiliado	2. SÍ, cotizante	3. No	A				B				C				D				E				F				G			
	1. SÍ	2. NO																																																																																				
1																																																																																						
2																																																																																						
3																																																																																						
4																																																																																						
5																																																																																						
6																																																																																						
7																																																																																						
8																																																																																						
9																																																																																						
10																																																																																						
11																																																																																						
12																																																																																						
13																																																																																						
14																																																																																						
15																																																																																						
16																																																																																						
	1. SÍ, afiliado	2. SÍ, cotizante	3. No																																																																																			
A																																																																																						
B																																																																																						
C																																																																																						
D																																																																																						
E																																																																																						
F																																																																																						
G																																																																																						
<b>SI RESPONDE CÓDIGO 2 EN TODAS LAS PREGUNTAS PASE A 418</b>		<b>SI PREGUNTA 418 ES 1 A 3 PASE A PREGUNTA 426</b>																																																																																				
		<b>INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE</b>																																																																																				
		<b>423. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?</b>  1. Diaria                      4. Mensual 2. Semanal                  5. Por obra o destajo (promedio mensual) 3. Quincenal                6. No recibe salario en efectivo ↓ <b>Pase a 425, si en pregunta 418 responde códigos 5 u 8</b>																																																																																				
<b>417 A. PARA PROTEGERLO(A) DE ESAS CONDICIONES, ¿SE PROVEE O LE PROVEEN A (...) MEDIDAS O EQUIPO DE SEGURIDAD?</b>  1. Sí  2. No		<b>424. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERÍODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <b>¿LE DEDUCEN DE SU SUELDO O SALARIO EL IMPUESTO SOBRE LA RENTA?</b>	\$	<table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. SÍ</th> <th>2. NO</th> <th>3. NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1. SÍ	2. NO	3. NS/NR																																																																														
	1. SÍ	2. NO	3. NS/NR																																																																																			

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO									
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			<b>MONTO (\$)</b>	<b>VECES AL AÑO</b>	<b>430. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?</b>				
1. Pago por horas extras 2. Salario vacacional 3. Aguinaldo 4. Bonificaciones, comisiones, viáticos 5. Alimentos o refrigerios 6. Ropa, uniformes o calzado 7. Mercaderías (en especie) 8. Vivienda 9. Transporte o combustible 10. Seguro privado de salud 11. Propinas 12. Otros _____ (Especifique)			1		1. Sí                      2. No → <b>PASE A 431 A</b>				
			2		<b>431. ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS POR (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?</b>				
			3		\$				
			4		<b>431 A. ¿CUÁL ES EL TIPO DE PROPIEDAD DE LA EMPRESA/ NEGOCIO DONDE TRABAJA?</b>				
			5		1. Propietario individual 2. Sociedad con miembros del mismo hogar 3. Sociedad con miembros de dos o más hogares 4. Sociedad de capital 5. Otros _____ (Especifique)				
			6		<b>EMPLEO SECUNDARIO</b>				
			7		<b>432. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿TIENE (...) OTRO TRABAJO?</b>				
			8		1. Sí 2. No → <b>PASE A 444</b>				
			9		<b>433. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ (...) LA SEMANA ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?</b>				
			10		<b>HORAS</b>				
			11		\$				
			12		<b>434. ¿CUÁL FUE EL INGRESO NETO O SALARIO QUE RECIBIÓ (...) EL MES ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?</b>				
					<b>435. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>				
					1. Pago por horas extras 2. Salario vacacional 3. Aguinaldo 4. Bonificaciones, comisiones, viáticos 5. Alimentos o refrigerios 6. Ropa, uniformes o calzado 7. Mercaderías (en especie) 8. Vivienda 9. Transporte o combustible 10. Seguro privado de salud 11. Propinas 12. Otros _____ (Especifique)				
					<b>EMPLEO SECUNDARIO U OCUPACIÓN ANTERIOR</b>				
					<b>436. ¿CUÁL ES(ERA) LA OCUPACIÓN QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?</b>				
					_____ _____ _____ _____ <b>NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)</b>				
					<b>437. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA) EN DICHA OCUPACIÓN?</b>				
					<b>438. ¿A QUÉ SE DEDICA(BA) LA EMPRESA O INSTITUCIÓN PARA LA CUAL TRABAJA(BA)?</b>				
					_____ _____ _____ _____ <b>NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)</b>				
					<b>439. ADEMÁS DE (...), ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJA(N)(BAN) EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?</b>				
					<b>MÁS DE 998 ANOTAR 998</b>				

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO									
<b>SI VIENE POR EMPLEO SECUNDARIO PASE A 444</b>				<b>445 B. ¿ES (...) MIEMBRO ACTIVO(A) DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES?</b>  A. Cooperativa B. Sindicato C. Asociación gremial D. Asociación profesional E. Asociación de empresas F. Otro _____ (Especifique)				<b>1. SÍ</b> <b>2. NO</b>	
<b>440. ¿EN SU TRABAJO ANTERIOR (...) TRABAJABA EN CALIDAD DE:</b>  01. Empleador(a) o patrono(a)? 02. Cuenta propia con local? 03. Cuenta propia sin local? 04. Cooperativista? 05. Familiar no remunerado(a)? 06. Asalariado(a) permanente? 07. Asalariado(a) temporal? 08. Aprendiz? 09. Servicio doméstico? 10. Otros _____ (Especifique)								<b>PASE A 443</b>	
<b>441. ¿HABÍA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?</b>  1. Sí 2. No				<b>445 C. ¿HAY ALGUNA ÉPOCA DEL AÑO EN QUE (...) (POR SU OCUPACIÓN) NO SE CONSIGUE TRABAJO?</b>  1. SÍ    2. No → <b>PASE A 445 E</b>					
<b>SI PREGUNTA 440 ES 9 PASE A PREGUNTA 443</b>				<b>445 D. ¿CUÁNTOS DÍAS PASA SIN TRABAJAR EN ESA ÉPOCA DEL AÑO?</b>  1. 1 a 14 días    3. 1 a 2 meses    5. 5 a 6 meses 2. 15 a 30 días    4. 3 a 4 meses    6. Más de 6 meses					
<b>442. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJABA (...)?</b>  1. Privado 2. Público									
<b>443. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?</b>  01. Ganaba poco 02. Cerró el establecimiento o finalizó el trabajo 03. Enfermedad o accidente 04. Inhabilitado(a) por hecho violento 05. Se redujo el personal 06. Terminó su contrato de trabajo 07. Por política de reducción del Gobierno 08. Quería estudiar 09. Se jubiló o pensionó 10. Debía realizar tareas del hogar 11. Consiguió un trabajo remunerado 12. Porque recibe remesa 13. Acoso laboral (incluye acoso sexual) 14. Otros _____ (Especifique)				<b>445 E. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HA PASADO SIN PODER TRABAJAR CONTRA SU VOLUNTAD?</b>  1. Ninguno    3. 15 a 30 días    5. 3 a 6 meses 2. 1 a 14 días    4. 1 a 2 meses					
<b>OTROS INGRESOS NO LABORALES</b>  <b>444. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:</b>  1. Remesas de familiares desde el exterior? 1 2. Ayuda de familiares o amigos(as) que residen en el país? 2 3. Cuota alimenticia? 3 4. Alquiler de viviendas? 4 5. Alquiler de negocios o máquinas? 5 6. Alquiler de terrenos? 6 7. Jubilación, pensión de invalidez o vejez? 7 8. Depreciación de vehículo? 8 9. Pensión por sobrevivencia? 9 10. Ahorros? 10 11. Otros ingresos mensuales? 11 (Especifique)				<b>MONTO (\$)</b> <b>VECES AL AÑO</b>		<b>SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS FINALICE SECCIÓN</b>			
						<b>ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR POR TRABAJO</b>			
				<b>446. LA SEMANA ANTERIOR, EL ALIMENTO O BEBIDA QUE CONSUMIÓ (...) FUERA DE SU HOGAR CORRESPONDIÓ A:</b>  1. ¿Desayuno?    1    2 2. ¿Almuerzo?    1    2 3. ¿Cena?    1    2 4. ¿Refrigerio?    1    2 5. ¿Otros?    1    2 (Especifique)		<b>447. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA?</b>		<b>448. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO PAGÓ EN PROMEDIO CADA VEZ?</b>  <b>MONTO</b> Dólares    Centavos	
				<b>449. ¿LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:</b>  1. Transporte público?    1    2 2. Teléfono público?    1    2 3. Combustible, reparación de vehículo?    1    2 4. Hospedaje?    1    2		<b>450. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA?</b>		<b>451. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO PAGÓ EN PROMEDIO CADA VEZ?</b>  <b>MONTO</b> Dólares    Centavos	
<b>OTROS INGRESOS ANUALES</b>  <b>445. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?</b>  1. Utilidades empresariales 1 2. Dividendo por acciones 2 3. Intereses 3 4. Herencias, loterías, juegos de azar 4 5. Indemnización por retiro o despido 5 6. Ayuda del gobierno en efectivo 6 7. Por actividades eventuales 7 8. Arrendamiento de tierras 8 9. Remesas eventuales del exterior 9 10. Remesas eventuales locales 10 11. Aguinaldo 11 12. Otros _____ 12 (Especifique)				<b>MONTO (\$)</b>		<b>OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES</b>			
<b>SI PREGUNTA 410 ES 2 O SI EN 409 CONTESTÓ ÍTEMS DEL 08 AL 16 PASE A PREGUNTA 445 F</b>				<b>452. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2017/2018 TUVO (...) EN POSESIÓN (PROPIETARIO) TIERRA CON VOCACIÓN AGROPECUARIA?</b>  1. Sí → N° de manzanas _____ 2. No					
<b>445 A. ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A TRABAJAR?</b>				<b>453. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2017/2018, ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES AGROPECUARIAS COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?</b>  1. Sí 2. No realizó actividades agropecuarias } <b>PASE A SECCIÓN 5</b> 3. Sólo con producción de patio } <b>PASE A 513</b> 4. No → <b>PASE A SECCIÓN 6</b>					



SECCIÓN 6: SALUD															
APLICA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR															
N° D E O R D E N	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	601	602	603	604	605									
		¿TIENE (...) ALGÚN SEGURO MÉDICO?	EN EL MES ANTERIOR, ¿CUÁL FUE EL SÍNTOMA, ENFERMEDAD O LESIÓN MÁS RECIENTE QUE TUVO (...)?	EN EL MES ANTERIOR, ¿A QUIÉN CONSULTÓ (...)?	EN EL MES ANTERIOR, ¿EN QUÉ LUGAR CONSULTÓ O ATENDIERON A (...)?	¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN:									
		1. ISSS cotizante 2. ISSS beneficiario(a) 3. ISSS retirado(a) 4. Bienestar Magisterial 5. Hospital Militar 6. Colectivo 7. Individual (Privado) 8. No tiene 9. Otros _____ (Especifique)	01. Dolor de cabeza 02. Dolor de estómago y/o vómito 03. Temperatura, fiebre y/o calentura 04. Mareos/Vértigo 05. Otro _____ (Especifique) 06. Enfermedad 07. Lesión por accidente 08. Lesión por hecho violento 09. Diarrea 10. No tuvo → PASE A 610	1. Doctor(a) 2. Enfermero(a) 3. Promotor(a) de salud 4. Farmacéutico(a) 5. Curandero(a) 6. Familiar o amigo(a) 7. No consultó con nadie	01. Hospital MINSAL 02. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL 03. Hospital del ISSS 04. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS 05. Hospital Militar 06. Bienestar Magisterial 07. Hospital o clínica particular 08. ONG's 09. Farmacia 10. Casa del curandero(a) o clínica natural 11. Casa del enfermo(a) o lesionado(a) 12. Otros _____ (Especifique)	A. Consulta? B. Análisis de laboratorio? C. Rayos X? D. Otros exámenes?  (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)  <b>Códigos para cobertura:</b> 1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ 7. Hospital o clínica particular (Especifique)									
		SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1													
		A		B		C		D							
		Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución		
01						1				1				1	
02						1				1				1	
03						1				1				1	
04						1				1				1	
05						1				1				1	
06						1				1				1	
07						1				1				1	
08						1				1				1	
09						1				1				1	
10						1				1				1	
11						1				1				1	
12						1				1				1	
13						1				1				1	
14						1				1				1	
15						1				1				1	
16						1				1				1	
17						1				1				1	
18						1				1				1	
19						1				1				1	
OBSERVACIONES:															

SECCIÓN 6: SALUD																				
APLICA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR																				
N° DE ORDEN EN	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	606	607	608	609						610				611					
		¿(...) ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?  1. Sí  2. No  Pase a 610	¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A) (...)?  1. Hospital MINSAL 2. Hospital del ISSS y unidades médicas 3. Hospital Militar 4. Hospital o clínica particular 5. Otros _____ (Especifique)	¿CUÁNTOS DÍAS ESTUVO HOSPITALIZADO(A) (...)?	¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN:						EN EL MES ANTERIOR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN MEDICINAS?				Si en pregunta 603 contestó del 4 al 7, o en 604 contestó del 7 al 12 continúe, caso contrario pase a 612					
					A. Hospitalización? B. Medicamentos? C. Exámenes de laboratorio, rayos X y otros gastos?  (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)						Códigos para cobertura:		Códigos para cobertura:				¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE (...) NO CONSULTÓ AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA (MINSAL, ISSS, BIENESTAR MAGISTERIAL Y HOSPITAL MILITAR)?			
											1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ (Especifique) 7. Hospital o clínica particular		1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ (Especifique) 7. Hospital o clínica particular (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)				01. No hay medicinas 02. Falta de atención 03. Muy caro 04. No existe servicio de salud cercano, el lugar de consulta es lejos 05. No hay personal capacitado 06. No fue necesario 07. Gravedad del enfermo(a)		08. Prefiere curarse con remedios caseros 09. No le dieron permiso 10. Tuvo que trabajar 11. Mala atención 12. No había quien lo llevara 13. Prefiere ir a servicios privados 14. Otros _____ (Especifique)	
					SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1						SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1				SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1					
A		B		C																
Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	No obtuvo medicinas	No necesitó							
01						1				1				7	8					
02						1				1				7	8					
03						1				1				7	8					
04						1				1				7	8					
05						1				1				7	8					
06						1				1				7	8					
07						1				1				7	8					
08						1				1				7	8					
09						1				1				7	8					
10						1				1				7	8					
11						1				1				7	8					
12						1				1				7	8					
13						1				1				7	8					
14						1				1				7	8					
15						1				1				7	8					
16						1				1				7	8					
17						1				1				7	8					
18						1				1				7	8					
19						1				1				7	8					

SÓLO APLICA PARA LOS HOGARES EN LOS QUE NINGÚN MIEMBRO SE ENFERMÓ																	
612										613							
SI ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE ENFERMARA Y NECESITARA ATENCIÓN MÉDICA, ¿ADÓNDE ASISTIRÍA?										¿POR QUÉ NO ASISTIRÍA A UN CENTRO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA?							
01. Hospital MINSAL 02. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL 03. Hospital del ISSS 04. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS 05. Hospital Militar 06. Bienestar Magisterial										07. Hospital o clínica particular 08. ONG's 09. Farmacia 10. Casa del curandero(a), clínica natural 11. Casa del enfermo(a) o lesionado(a) 12. Otros _____ <b>Especifique</b>							
01. No hay medicinas 02. No lo atienden 03. Muy caro 04. No existe servicio de salud cercano 05. No hay personal capacitado 06. Porque dan mejor servicio en otro centro de salud privado										07. Mucho tiempo de espera 08. Prefiere curarse con remedios caseros 09. Porque no me darían permiso en el trabajo 10. Porque no puedo dejar de trabajar 11. Mala atención 12. Otros _____ <b>Especifique</b>							

OBSERVACIONES:
----------------

SECCIÓN 7: REMESAS FAMILIARES Y OTRAS TRANSACCIONES DEL HOGAR			
<b>701. N° DE ORDEN DE LA TRH:</b>		<b>NOMBRE:</b>	
<b>702. ACTUALMENTE, ¿ALGÚN(A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR O QUE FUE PARTE DE ÉSTE RESIDE EN EL EXTRANJERO?</b>			
1. Sí                      2. No			
<b>703. USTED O ALGÚN(A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR, ¿RECIBE REGULARMENTE AYUDA ECONÓMICA EN DINERO O EN ESPECIE PROCEDENTE DE FAMILIARES O AMIGOS(AS) RESIDENTES EN EL EXTRANJERO?</b>			
1. Sí, en divisas 2. Sí, en especie → <b>PASE A 706</b> 3. Sí, ambos 4. Recibe de manera eventual → <b>PASE A 705</b> 5. No recibe → <b>FINALICE SECCIÓN</b> 6. Recibe de manera eventual y en divisas			
<b>704. a.1 ¿CUÁNTO EN EFECTIVO (BILLETES)?</b>		<b>a.1 \$</b>	
<b>a.2 FRECUENCIA</b>			
<b>b.1 ¿CUÁNTO EN OTROS MECANISMOS (TRANSFERENCIAS BANCARIAS)?</b>		<b>a.2</b>	
<b>b.2 FRECUENCIA</b>			
<b>CÓDIGOS DE PERIODICIDAD CON QUE RECIBE LA AYUDA</b>		<b>b.1 \$</b>	
1. Anual                                      5. Mensual 2. Semestral (2 veces al año)        6. Quincenal 3. Trimestral (4 veces al año)        7. Otros _____ 4. Bimensual (6 veces al año) <b>(Especifique)</b>		<b>b.2</b>	
<b>705. ¿QUÉ DESTINO LE DA A LA AYUDA RECIBIDA EN EFECTIVO?</b> (Anote cantidad en dólares)			
		<b>EVENTUAL (\$)</b>	<b>DIVISAS (\$)</b>
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
		9	
		10	
		11	
		12	
		13	
		14	
		15	
		16	
<b>(Especifique)</b>			
<b>706. EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA RECIBIDO AYUDA EN ESPECIE:</b>		<b>1. SÍ    2. NO</b>	
1. Sí → <b>¿Cuál es el monto estimado de lo recibido?</b>			
2. No			
		<b>MONTO</b>	
		\$	







SECCIÓN 11			
ALIMENTACIÓN		PREGUNTAS 1109 A 1115 SÓLO PARA MENORES DE 18 AÑOS	
1101. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED SE PREOCUPÓ DE QUE LOS ALIMENTOS SE ACABARAN EN SU HOGAR?		1109. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR DEJÓ DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	
1102. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR SE QUEDARON SIN ALIMENTOS?		1110. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	
1103. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR DEJARON DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?		1111. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, ALMOZAR O CENAR?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	
1104. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?		1112. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	
1105. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, ALMOZAR O CENAR?		1113. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ TUVIERON QUE DISMINUIR LA CANTIDAD SERVIDA EN LAS COMIDAS A ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD EN SU HOGAR?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	
1106. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA COMER?		1114. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SINTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	
1107. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SINTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?		1115. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER DURANTE TODO UN DÍA?	
1. Sí                  2. No		1. Sí 2. No	

