



SABE

ENCUESTA DE SALUD BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO



Salud, Bienestar y Envejecimiento en Ecuador SABE - 2009

FORMULARIO N° _____ de _____

INFORMACIÓN GENERAL

ÁREA URBANA - RURAL

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON Estrictamente CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área:	URBANA <input type="checkbox"/> 1
	RURAL <input type="checkbox"/> 2
2. Provincia:	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Cantón:	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Cabecera Cantonal o Parroquia Rural:	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Zona o comunidad:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Sector:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

7. N° de Vivienda (orden de visita):	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Manzana N°:	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Edificio N°:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Dirección Domiciliaria:	_____

	Avenida, calle N°, bloque, dpto., etc.
Otra Identificación:	_____
	Camino, carretera, sendero, etc.
11. Vivienda original	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Número telefónico:	_____

3. CONDICIÓN DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA

1. Ocupada con personas presentes	
2. Ocupada con personas ausentes	
3. Vivienda sin persona adulta mayor	
FIN DE LA ENTREVISTA	
4. Desocupada	

4. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Resultados	
1. Completa	
2. Completa con informante sustituto:	
3. Completa con informante auxiliar:	
4. Incompleta:	
5. Rechazo:	
6. Sin capacidad y/o sin informante sustituto o auxiliar:	

5. IDENTIFICACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES (PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS DE EDAD), QUE RESIDEN HABITUALMENTE EN ESTA VIVIENDA

Nº	LISTADO DE LOS ADULTOS MAYORES
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
Total de adultos mayores de 60 años y más <input type="text"/> <input type="text"/>	

6. DATOS DEL INFORMANTE SUSTITUTO O AUXILIAR

NOMBRE INFORMANTE SUSTITUTO	_____
NOMBRE INFORMANTE AUXILIAR	_____
PARENTESCO DEL INFORMANTE SUSTITUTO Y/O AUXILIAR CON EL ADULTO MAYOR	_____
TIEMPO DE CONOCERLO (EN CASO DE NO SER FAMILIAR)	_____

7. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS ENCUESTADOR	1	2	3
FECHA	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/>
HORA DE INICIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HORA DE TERMINACIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DURACIÓN DE LA ENTREVISTA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RESULTADO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. COMPLETA	3. APLAZADA (PROCESO)	5. RECHAZO	
2. INCOMPLETA	4. AUSENCIA TEMPORAL		

8. PERSONAL RESPONSABLE

COORDINADOR REGIONAL:	SUPERVISOR:	
ENCUESTADOR:		
CODIFICADOR:	DIGITADOR:	
MES <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	SUPERVISOR:	CORREGIDO:
MES <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	COORDINADOR:	CORREGIDO:

9. OBSERVACIONES

DÍA Y HORA DE LA SEMANA MÁS ADECUADA PARA ENCONTRAR A LA PERSONA ADULTA MAYOR:

DÍA: _____

HORA: _____

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

Nº	NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ENTREVISTADA

HORA DE INICIO: _____

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Antes de comenzar quisiera asegurarle que esta entrevista es completamente voluntaria y confidencial. Si hay alguna pregunta que usted no desea responder, simplemente me avisa y seguimos con la próxima pregunta.

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>A.1a Cuántos años cumplidos tiene usted?</p>	<p>Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>A.1b ¿En qué día, mes y año nació usted?</p>	<p>Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>A.1c ATENCIÓN:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>SR. ENCUESTADOR (A) SOLICITE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA O DE IDENTIDAD Y VERIFIQUE LA INFORMACIÓN</p> </div>	<p>Registre fecha de nacimiento: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Edad <input type="text"/> <input type="text"/> años NO tiene cédula de identidad 0</p>
<p>A.2 ¿Nació usted en Ecuador?</p>	<p>Si 1 → PASE a A.4a No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
<p>A.3 ¿En qué país nació usted?</p>	<p>País <i>Especifique</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">USO INEC</div>
<p>A.4a En total, ¿Cuántos años ha vivido en Ecuador?</p>	<p>Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 998 No responde 999</p>
<p>A.4b Desde que usted nació hasta los 15 años, ¿vivió en el campo por cinco años o más?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
<p>A.4c ¿Usted se considera?</p>	<p>Indígena 1 Negro (afroecuatoriano) 2 Mestizo 3 Mulato 4 Blanco 5 Otro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Especifique</i> 6 No sabe 8 No responde 9</p>

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A.5a
¿Usted sabe leer y escribir un recado?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

A.5b
¿Fue usted alguna vez a un establecimiento de enseñanza regular (escuela, colegio, etc.)?

- Si 1
 - No 2
 - No sabe 8
 - No responde 9
- } PASE a A.7

A.6
¿Cuál fue el último nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó?

ANOTE EL ÚLTIMO GRADO APROBADO EN LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

NIVEL	GRADO/CURSO/AÑO
Ninguno	00 <input type="text"/>
Centro de Alfabetización	01 <input type="text"/>
Jardín de Infantes	02 <input type="text"/>
Primaria	03 <input type="text"/>
Secundaria	04 <input type="text"/>
Ciclo Post – Bachillerato	05 <input type="text"/>
Superior	06 <input type="text"/>
Post – Grado	07 <input type="text"/>
No sabe	98 <input type="text"/>
No responde	99 <input type="text"/>

A.7
¿Actualmente, vive solo(a) o acompañado(a)?

- Solo(a)..... 1
- Acompañado(a)..... 2

A.7a Hace 5 años
¿Vivía usted exactamente con las mismas personas con las que vive ahora? o ¿también vivía solo(a)?

- Si 1 → PASE a A.8
- No 2

UTILICE LA REDACCIÓN QUE CORRESPONDA SEGÚN EL CASO (A.7)

A.7b
Hace 5 años, ¿usted vivía...

LEA CADA OPCIÓN Y ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

- sólo(a)? 1
- con su esposo(a) o compañero(a)? 2
- con un(a) o más hijos(as) casados(as)? 3
- con un(a) o más hijos(as) solteros(as)? 4
- con otro familiar? 5
- con otro no familiar?..... 6
- No sabe 8
- No responde 9

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

A.7c

¿Por qué ya no vive usted con las mismas personas con quien vivía hace 5 años?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Razones relacionadas con sus hijos:

- Económicas 01
- Separación conyugal 02
- Unión conyugal..... 03
- Cuidado de los niños..... 04

Razones relacionadas con su situación personal:

- Económicas 05
- Separación conyugal 06
- Fallecimiento 07
- Se sentía solo..... 08
- Necesitaba ayuda 09
- Se enfermó..... 10
- Otro _____ 11
Especifique
- No sabe..... 98
- No responde 99

A.8

En general, ¿está a gusto de vivir ... solo(a)?
o
con las personas con quien vive ahora?

UTILICE LA REDACCIÓN QUE CORRESPONDA SEGÚN EL CASO

- Si 1 → **PASE a A.10a**
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

A.9

Si usted pudiera escoger, ¿le gustaría vivir...

LEA CADA OPCIÓN Y ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

- Sólo(a)?..... 1
- Con su esposo(a) o compañero(a)? 2
- Con un(a) o más hijos(as)? 3
- Con un(a) nieto(a)? 4
- Con otro familiar? 5
- Con otro no familiar? 6
- No sabe 8
- No responde 9

A.10a

Hace 5 años, ¿vivía usted en esta misma vivienda?

- Si 1 → **PASE a A.11a**
- No 2
- No sabe 8 } **PASE a A.11a**
- No responde 9 }

SECCIÓN A DATOS PERSONALES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A.10b

¿Cuál es la razón más importante por la que vino a vivir aquí?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO SOLO UNA RESPUESTA

- Estar cerca de o con hijo(a) 01
- Estar cerca de o con familiares o amigos 02
- Estar cerca de los servicios médicos o de salud 03
- Por temor a la delincuencia 04
- Por fallecimiento de su pareja 05
- Por separación conyugal 06
- Por unión conyugal 07
- Costo de la vivienda 08
- Otro _____ 09
Especifique
- No sabe 98
- No responde 99

PASE a A.11a

A.10c

¿Por qué deseaba estar con o cerca de los hijos, otros familiares o amigos?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Por problemas de salud**
- Suyos 01
- De hijos o familiares 02
- Por problemas económicos**
- Suyos 03
- De hijos o familiares 04
- Porque se sentía solo 05
- Para ayudar con el cuidado de nietos u otros niños 06
- Porque piensa que los adultos mayores deben vivir con la familia o parientes 07
- Otro _____ 08
Especifique
- No sabe 98
- No responde 99

A.11a

¿Cuál es su religión?

- Católica 01
- Evangélica, Protestante 02
- Mormona 03
- Iglesia de los Santos de los Últimos Días 04
- Testigos de Jehová 05
- Otro _____ 06
Especifique
- Ninguna 07 →
- No sabe 98
- No responde 99

PASE a A.13a

SECCIÓN A DATOS PERSONALES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

A.11b

¿Qué importancia tiene para usted la religión en su vida?

- Importante 1
- Más o menos importante 2
- Nada importante 3
- No sabe 8
- No responde 9

HISTORIA DE UNIONES

A.13a

Respecto a su estado marital, ¿alguna vez ha estado usted casado(a) o en unión libre?

- Si 1
- No 2 →

PASE a A.18

A.13b

¿Cuántas veces en total ha estado usted casado(a) o unido(a)?

Veces

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A.14	A.15	A.16	A.17
<p>¿En qué año comenzó su primera (segunda..., etc.) unión o matrimonio?</p> <p>UTILICE UN RENGLÓN POR CADA MATRIMONIO O UNIÓN</p> <p>No sabe 9998 No responde 9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.14</p>	<p>¿Ésta fue (o es):</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Unión libre? 1 Matrimonio civil y/o por la iglesia 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p style="text-align: right;">→ A.15</p>	<p>¿Este(a) matrimonio o unión continúa o se terminó?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>¿Continúa?.....1 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a A.18</div></p> <p>¿Terminó en:</p> <p>Separación? 2 Viudez? 3 Divorcio? 4 No sabe 8 No responde 9</p> <p style="text-align: right;">→ A.16</p>	<p>¿En qué año terminó este(a) matrimonio o unión?</p> <p>VERIFIQUE SI LA PERSONA TUVO OTRA UNIÓN MARITAL (VER A.13b)</p> <p>Sí.....PASE a A.14 No.....PASE a A.18</p> <p>No sabe 9998 No responde 9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.17</p>

REGISTRAR EN ORDEN (DESDE EL PRIMERO HASTA EL ÚLTIMO MATRIMONIO O UNIÓN CONYUGAL)

	INICIO	UNIÓN	DISOLUCIÓN	DISOLUCIÓN
1	□ □ □ □ □	□	□	□ □ □ □ □
2	□ □ □ □ □	□	□	□ □ □ □ □
3	□ □ □ □ □	□	□	□ □ □ □ □
4	□ □ □ □ □	□	□	□ □ □ □ □
5	□ □ □ □ □	□	□	□ □ □ □ □

Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre su historia familiar:

<p>A.18</p> <p>¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos tuvo usted?</p> <p>NO INCLUYA HIJASTROS, HIJOS ADOPTIVOS, ABORTOS O HIJOS NACIDOS MUERTOS</p>	<p>Número de hijos □ □ □</p> <p>No sabe 98 No responde 99</p>
<p>A.19</p> <p>¿Tiene o tuvo hijastros?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p style="text-align: right;">PASE a A.21</p>
<p>A.20</p> <p>¿Cuántos hijastros tiene o tuvo?</p>	<p>Número de hijastros □ □ □</p> <p>No sabe 98 No responde 99</p>

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>A.21 ¿Tiene o tuvo hijos adoptados o criados como hijos?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p style="text-align: right;">} PASE a A.23</p>
<p>A.22 ¿Cuántos hijos adoptados o criados como hijos tiene o tuvo?</p>	<p>Número de hijos adoptados o criados <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 98 No responde 99</p>
<p>A.23 En total, ¿cuántos de los hijos, hijastros, hijos adoptivos o criados como hijos que me mencionó siguen vivos?</p>	<p>Total..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No tiene 95 → PASE a A.24 No sabe 98 No responde..... 99</p>
<p>A.23a1 ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?</p>	<p>Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> años No sabe 998 No responde 999</p>
<p>A.23b1 ¿Qué edad tenía usted cuando nació su último hijo?</p>	<p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> años No sabe 998 No responde..... 999</p>
<p>A.23c1 ¿Cuántos nietos vivos tiene?</p>	<p>Número de nietos vivos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe 98 No responde 99</p>

AHORA LE VOY HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS PADRES

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A.24 ¿Está vivo su padre?

Si 1

No 2 → **PASE a A.26**

No sabe 8 } **PASE a A.27**

No responde 9 }

A.25 ¿Dónde vive su padre?

Aquí en esta casa 1

En otra casa pero en este mismo barrio 2

En otro barrio pero en esta misma ciudad 3 } **PASE a A.27**

En otra ciudad en este país 4

En otro país 5

No sabe 8

No responde 9 }

A.26 ¿Qué edad tenía su padre cuando murió?

Edad años

No sabe 998

No responde 999

A.27 ¿Está viva su madre?

Si 1

No 2 → **PASE a A.29**

No sabe 8 } **PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN**

No responde 9 }

A.28 ¿Dónde vive su madre?

Aquí en esta casa 1

En otra casa pero en este mismo barrio 2

En otro barrio pero en esta misma ciudad 3 } **PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN**

En otra ciudad en este país 4

En otro país 5

No sabe 8

No responde 9 }

A.29 ¿Qué edad tenía su madre cuando murió?

Edad años

No sabe 998

No responde 999

A.30 FILTRO

Las preguntas A.1 a A.29 se realizaron con un informante sustituto

Si 1 → **PASE a B.10a**

No 2

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

EN ESTE ESTUDIO ESTAMOS AVERIGUANDO CÓMO SE SIENTE USTED ACERCA DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD. NOS GUSTARÍA EMPEZAR CON ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU MEMORIA.

B.1
¿Diría usted que su memoria actualmente es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente1
- Muy buena..... 2
- Buena3
- Regular4
- Mala5
- No sabe 8
- No responde9

B.2
¿Comparando con hace un año, diría usted que ahora su memoria es mejor, igual o peor?

- Mejor.....1
- Igual..... 2
- Peor3
- No sabe..... 8
- No responde9

B.3
Por favor, dígame la fecha de hoy.

SONDEE MES, DÍA DEL MES, AÑO Y DÍA DE LA SEMANA

ANOTE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA

	No sabe 98 No responde 99		Correcto	
Mes.....				Días de la semana Lunes 01 Martes 02 Miércoles 03 Jueves 04 Viernes 05 Sábado 06 Domingo 07
Día del mes.....				
Año				
Día de la semana.....				
TOTAL				

B.4
Ahora le voy a nombrar 3 objetos. Después de que los diga le voy a pedir que repita en voz alta las palabras que pueda recordar en cualquier orden. Recuerde cuáles son porque le voy a volver a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta?.

Encuestador(a): Lea los tres objetos en forma pausada y clara una sola vez y registre

- SI EL TOTAL ES DISTINTO DE 3:
- 1) REPITA TODOS LOS OBJETOS HASTA QUE SE LOS APRENDA - MÁXIMO DE REPETICIONES: 5 VECES.
 - 2) ANOTE EL NÚMERO DE REPETICIONES QUE TUVO QUE HACER.
 - 3) NUNCA CORRIJA LA PRIMERA PARTE.
 - 4) SE ANOTA UN PUNTO POR CADA OBJETO RECORDADO Y "0" PARA LOS NO RECORDADOS.

			Correcto	
Árbol				Recordó 1 No recordó 0
Mesa.....				
Perro.....				
TOTAL				
Número de repeticiones				

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

SR. ENCUESTADOR

Por favor anote las respuestas en los lugares asignados.

B.5
Ahora le voy a decir unos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

ANOTE LA RESPUESTA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

LA PUNTUACIÓN ES EL NÚMERO DE DÍGITOS EN EL ORDEN CORRECTO

Ej.

- 9 7 5 4 3 1 AÑADIÓ UN NÚMERO; 5 - 1 = 4
- 9 3 5 7 1 2 NÚMEROS EN OTRO LUGAR; 5 - 2 = 3
- 9 5 3 1 OLVIDÓ UN NÚMERO; 5 - 1 = 4
- 9 9 7 5 3 1 UN NÚMERO EXTRA; 5 - 1 = 4

Respuesta de entrevistado:

9 7 5 3 1	

Respuesta correcta:

Número de dígitos en el orden correcto:

B.6
Le voy a dar un papel y cuando se lo entregue, tome el papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre las piernas.

ENTRÉGUELE EL PAPEL Y ANOTE UN PUNTO POR CADA ACCIÓN CORRECTA

Correcto

Toma el papel con la mano derecha

Dobla por la mitad con ambas manos

Coloca sobre las piernas.....

Acción correcta	1
Incorrecta o no la recordó	0

TOTAL

B.7
Hace un momento leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

ANOTE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA EN CUALQUIER ORDEN

Correcto

Árbol.....

Mesa.....

Perro.....

Recordó	1
No recordó	0

TOTAL

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

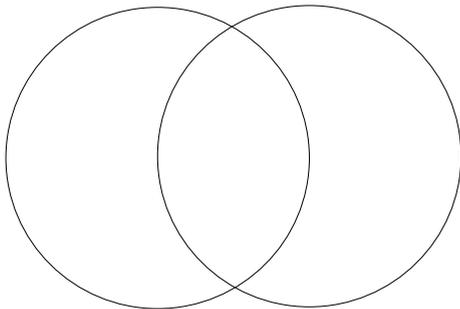
SR. ENCUESTADOR

Por favor anotar las respuestas en los lugares asignados y/o en caso que corresponda la pregunta encierre las respuestas con un círculo.

B.8

Por favor, copie este dibujo.

ENTREGUE AL ENTREVISTADO EL DIBUJO CON LOS CÍRCULOS QUE SE CRUZAN. LA ACCIÓN ESTA CORRECTA SI LOS CÍRCULOS NO SE CRUZAN MÁS DE LA MITAD. ANOTE UN PUNTO SI EL DIBUJO ESTA CORRECTO.



Correcto

TOTAL

B.9 **FILTRO**

Sume las respuestas correctas de las preguntas B.3 a B.8 y anote el total en la casilla:

(El puntaje máximo obtenible es 19)

TOTAL

Suma es 13 o más 1 →

PASE a SECCIÓN C

Suma es 12 o menos 2

B.9a

¿Alguna otra persona que reside usualmente en esta casa pudiera ayudarnos a contestar algunas preguntas?

Si 1

No 2

VALORE CON EL SUPERVISOR SI LA ENTREVISTA PUEDE CONTINUAR SÓLO CON LA PERSONA ADULTA MAYOR

ANOTE NOMBRE DEL INFORMANTE Y APLIQUE A ESTE LA ESCALA PFEFFER

SR. ENCUESTADOR
Por favor anote las respuestas en los lugares asignados.

ESCALA DE PFEFFER

Muéstrele al informante la siguiente tarjeta con opciones y lea las preguntas. Anote el puntaje como sigue:

- Si es capaz 0
- Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo..... 0
- Con alguna dificultad, pero puede hacerlo solo 1
- Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora..... 1
- Necesita ayuda..... 2
- No es capaz..... 3

	Puntaje
B.10a ¿Es capaz (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) de manejar su propio dinero?	
B.10b ¿Es capaz (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) de hacer las compras sólo (por ejemplo comprar la comida y la ropa)?	
B.10c ¿Es capaz (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) de calentar el agua para el café o el té y apagar la cocina?	
B.10d ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de preparar la comida?	
B.10e ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el barrio?	
B.10f ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?	
B.10g ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	
B.10h ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?	
B.10i ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de andar por el barrio y encontrar el camino de vuelta a casa?	
B.10j ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	
B.10k ¿Es (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) capaz de quedarse sólo(a) en la casa sin problemas?	

B.11 FILTRO

Sume las respuestas correctas de las preguntas B.10a a B.10k y anote el total en la casilla:

TOTAL

Suma es 6 o más 1 →

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE SUSTITUTO. REVISE LA SECCIÓN A Y PASE a B.12

Suma es 5 o menos .. 2 →

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON LA PERSONA ADULTA MAYOR. SI NECESITA AYUDA PARA CONTESTAR ALGUNAS PREGUNTAS, CONTINÚE CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE AUXILIAR.

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

SR. ENCUESTADOR
PREGUNTAS PARA EL INFORMANTE AUXILIAR O SUSTITUTO, SOBRE LA PERSONA ADULTA MAYOR
CON DETERIORO COGNITIVO

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

B.12

¿Alguna vez un doctor le dijo si (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) tiene demencia (arterioesclerosis, demencia senil, enfermedad o mal de Alzheimer)?

- Sí 1
- No 2 →
- No sabe 8
- No responde 9

PASE a
SECCIÓN C

B.12a

¿A qué edad o en que año le dijeron por primera vez que tenía este problema?

- Edad
- Año
- No sabe 998
- No responde 999

B.12b

¿Este problema limita a (NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR) para hacer las actividades diarias, mucho, poco o nada?

- Mucho 1
- Poco 2
- Nada 3
- No sabe 8
- No responde 9

HORA DE TERMINACIÓN: _____

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>C.1</p> <p>Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud. ¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?</p>	<p>Excelente 1</p> <p>Muy Buena 2</p> <p>Buena 3</p> <p>Regular 4</p> <p>Mala 5</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.2</p> <p>Comparando su salud con la de hace un año (doce meses), ¿diría usted que ahora está mejor, igual o peor que entonces?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.3</p> <p>En comparación con otras personas de su edad, ¿diría usted que su salud está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.4</p> <p>Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene la presión sanguínea alta, es decir, hipertensión?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI RESPONDE EL INFORMANTE, REFÍERASE A LA PERSONA ADULTA MAYOR</p> </div>	<p>Si 1 → Hace que tiempo años</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <p>Menos de 1 año = 00</p> </div> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PASE a C.5</p> </div>
<p>C.4a</p> <p>Está tomando algún medicamento para bajar la presión?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.4b</p> <p>Con el fin de bajar la presión, ¿durante el último año (12 meses), ha bajado de peso o ha seguido alguna dieta especial?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.4c</p> <p>¿Está su presión sanguínea generalmente controlada?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.4d</p> <p>En comparación con hace un año (12 meses), ¿su problema de presión alta está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?</p>	<p>Si 1 → Hace que tiempo años</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 5px auto; padding: 2px;">Menos de 1 año = 00</div> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">PASE a C.6</div>
<p>C.5a</p> <p>¿Está tomando algún medicamento en forma oral para controlar su diabetes?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5b</p> <p>¿Para controlar su diabetes, se pone o le ponen inyecciones de insulina?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.5c</p> <p>Con el fin de controlar la diabetes, ¿durante el último año (12 meses), ha bajado de peso o ha seguido una dieta especial?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5d</p> <p>¿Está su diabetes generalmente controlada?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.5e</p> <p>En comparación con hace un año (12 meses), ¿su diabetes está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.6</p> <p>¿Alguna vez un doctor le ha dicho si tiene cáncer o un tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a C.7</div>
<p>C.6a</p> <p>¿A qué edad o año le diagnosticaron por primera vez que tenía un cáncer?</p>	<p>Edad 5 0</p> <p>Año 1 9 8 9</p> <p>No sabe 9998</p> <p>No responde 9999</p>
<p>C.6b</p> <p>¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer además del primero que me mencionó?</p>	<p>Si, ¿cuántos? 0 5</p> <p>No 97</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.6c</p> <p>¿En qué órgano u órganos o parte(s) del cuerpo le comenzó el cáncer? (Empiece con el más reciente)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>APUNTE TODOS LOS ÓRGANOS O PARTES DEL CUERPO EN QUE COMENZÓ CADA UNO</p> </div>	<p>Órgano(s) o parte(s) del cuerpo: USO INEC</p> <p>_____ </p> <p>_____ </p> <p>_____ </p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.6d</p> <p>¿A qué edad o en qué año le diagnosticaron el cáncer? (más reciente)</p>	<p>Edad 0 5 0 </p> <p>Año..... 1 9 8 9 </p> <p>No sabe 9998</p> <p>No responde 9999</p>
<p>C.6e</p> <p>¿Ha recibido algún tratamiento para el cáncer? (más reciente)</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2 → PASE a C.6g</p> <p>No sabe 8 } PASE a C.6h</p> <p>No responde 9 }</p>
<p>C.6f</p> <p>Durante el último año (12 meses), ¿qué tipo de tratamiento ha recibido?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; text-align: center;"> <p>ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE</p> </div>	<p>Ninguno en los últimos 12 meses 1</p> <p>Quimioterapia o medicamentos 2 } PASE a C.6h</p> <p>Cirugía o biopsia 3 }</p> <p>Radiación o rayos X 4 }</p> <p>Medicamentos para los síntomas (dolor, náusea, alergias) 5 }</p> <p>Otro 7 } PASE a C.6h</p> <p style="padding-left: 100px;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe..... 8 }</p> <p>No responde 9 }</p>
<p>C.6g</p> <p>¿Cuál fue la razón principal por la que NO recibió tratamiento?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; text-align: center;"> <p>ENCIERRE CON UN CÍRCULO SOLO UNA RESPUESTA</p> </div>	<p>Tuvo cáncer hace más de un año (12 meses) 01</p> <p>El médico no lo indicó 02</p> <p>No podía pagar 03</p> <p>No tenía seguro..... 04</p> <p>No tenía quién lo lleve 05</p> <p>Responsabilidades familiares (tenía que cuidar a alguien en la familia) 06</p> <p>No quiso aceptar el tratamiento 07</p> <p>Otro 08</p> <p style="padding-left: 100px;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.6h</p> <p>¿Se le ha extendido el cáncer a otras partes del cuerpo?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.7 ¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> <td rowspan="4" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">PASE a C.7.2a</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Si	1	PASE a C.7.2a	No	2	No sabe	8	No responde	9									
Si	1	PASE a C.7.2a																	
No	2																		
No sabe	8																		
No responde	9																		
<p>C.7a ¿Está usted tomando algún tipo de medicamento o tiene tratamiento para esta enfermedad pulmonar?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	No sabe	8	No responde	9										
Si	1																		
No	2																		
No sabe	8																		
No responde	9																		
<p>C.7b En comparación con hace un año (12 meses), ¿esta enfermedad pulmonar está mejor, igual o peor?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Mejor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Igual</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Peor</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Mejor	1	Igual	2	Peor	3	No sabe	8	No responde	9								
Mejor	1																		
Igual	2																		
Peor	3																		
No sabe	8																		
No responde	9																		
<p>C.7c ¿Está usted recibiendo oxígeno?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	No sabe	8	No responde	9										
Si	1																		
No	2																		
No sabe	8																		
No responde	9																		
<p>C.7d ¿Está usted recibiendo alguna terapia física o respiratoria?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	No sabe	8	No responde	9										
Si	1																		
No	2																		
No sabe	8																		
No responde	9																		
<p>C.7e ¿Esta enfermedad pulmonar le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa, mucho, poco o nada?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Mucho</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Poco</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nada (no interfiere)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>9</td> </tr> </table>	Mucho	1	Poco	2	Nada (no interfiere)	3	No sabe	8	No responde	9								
Mucho	1																		
Poco	2																		
Nada (no interfiere)	3																		
No sabe	8																		
No responde	9																		
<p>C.7f ¿A qué edad y en qué año le diagnosticaron por primera vez que tenía una enfermedad pulmonar?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Edad</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td colspan="4">9998</td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td colspan="4">9999</td> </tr> </table>	Edad	5	0	Año	1	9	8	9	No sabe	9998				No responde	9999			
Edad	5	0																	
Año	1	9	8	9															
No sabe	9998																		
No responde	9999																		

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.7.2a

¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene tuberculosis?

Si	1	} PASE a C.8
No	2	
No sabe	8	
No responde	9	

C.7.2b

¿Esta enfermedad le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa, mucho, poco o nada?

Mucho	1
Poco	2
Nada (no interfiere)	3
No sabe	8
No responde	9

C.7.2c

¿A qué edad o en qué año le diagnosticaron por primera vez que tenía tuberculosis?

Edad	5 0
Año.....	1 9 8 9
No sabe	9998
No responde	9999

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>C.8</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si ha tenido un ataque al corazón, una enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a C.9</div>
<p>C.8a</p> <p>¿A qué edad o año le diagnosticaron por primera vez el problema del corazón?</p>	<p>Edad <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/></p> <p>Año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/></p> <p>No sabe 9998</p> <p>No responde 9999</p>
<p>C.8b</p> <p>En el último año (12 meses), ¿su problema del corazón ha mejorado, se ha mantenido igual o ha empeorado?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.8c</p> <p>¿Toma usted algún tipo de medicamento para su problema del corazón?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.8d</p> <p>Durante el último año (12 meses) ¿ha visto usted a un doctor o enfermera por su problema del corazón?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.8e</p> <p>Durante el último año (12 meses) ¿ha estado hospitalizado un día o más por su problema del corazón?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.8f</p> <p>¿Su problema del corazón le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa, mucho, poco o nada?</p>	<p>Mucho 1</p> <p>Poco 2</p> <p>Nada 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.9</p> <p>¿Alguna vez un doctor le ha dicho si ha tenido un embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE a C.10</div>
<p>C.9a</p> <p>¿En qué año o a qué edad tuvo el más reciente (problema cerebral)?</p>	<p>Año..... 1 9 8 9 </p> <p>Edad 5 0 </p> <p>No sabe 9998</p> <p>No responde 9999</p>
<p>C.9b</p> <p>En el último año (12 meses), ¿ha visto usted a un doctor a consecuencia de este problema?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.9c</p> <p>¿Tiene usted alguna secuela derivada de estos problemas?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>

DESPUÉS DEL PROBLEMA CEREBRAL (EMBOLIA, DERRAME, ATAQUE, ISQUEMIA O TROMBOSIS CEREBRAL) HA TENIDO USTED...

<p>C.9d</p> <p>¿Alguna debilidad en los brazos y las piernas o dificultad en moverlos o usarlos?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
---	---

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

DESPUÉS DEL PROBLEMA CEREBRAL (EMBOLIA, DERRAME, ATAQUE, ISQUEMIA O TROMBOSIS CEREBRAL) HA TENIDO USTED...

<p>C.9e ¿Alguna dificultad al hablar o tragar (después del problema cerebral)?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde9</p>
<p>C.9f ¿Alguna dificultad con su vista (después del problema cerebral)?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde9</p>
<p>C.9f1 ¿Alguna dificultad para oír (después del problema cerebral)?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde9</p>
<p>C.9g ¿Alguna dificultad para pensar o encontrar las palabras correctas (después del problema cerebral)?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde9</p>
<p>C.9h ¿Está tomando alguna medicina debido al problema cerebral o por sus complicaciones?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
<p>C.9i ¿Recibe o recibió algún tipo de terapia física u ocupacional como consecuencia del problema cerebral o sus complicaciones?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
<p>C.9j ¿Esta condición interfiere mucho, poco o nada con sus actividades diarias?</p>	<p>Mucho 1 Poco 2 Nada 3 No sabe 8 No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.10</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.11</p>
<p>C.10a</p> <p>¿Tiene dolor, rigidez o hinchazón en las articulaciones?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.10b</p> <p>En comparación con el último año (12 meses), ¿su artritis, reumatismo o artrosis esta mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Igual2</p> <p>Peor3</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.10c</p> <p>En el último año (12 meses) ¿Ha visto a un doctor específicamente por su artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.10d</p> <p>¿Está tomando algún medicamento o tiene tratamiento para su artritis, reumatismo o artrosis?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.10e</p> <p>¿Su artritis, reumatismo o artrosis le limita mucho, poco o nada sus actividades diarias como trabajar o hacer las cosas de la casa?</p>	<p>Mucho1</p> <p>Poco2</p> <p>Nada3</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.10f</p> <p>En relación a su artritis, reumatismo o artrosis, ha tenido usted alguna cirugía?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.11</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.10g</p> <p>¿Cuál articulación le operaron?</p>	<p>Cadera 1</p> <p>Rodilla 2</p> <p>Otro 3 <i>Especifique</i></p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.11</p> <p>¿Se ha caído en el último año (12 meses)?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.11c</p>
<p>C.11a</p> <p>¿Cuántas veces se ha caído durante el último año (12 meses)?</p>	<p>Veces <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.11b</p> <p>¿Se lastimó en alguna de esas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.11b1</p> <p>¿Al caerse presentó fractura que necesitó cirugía?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.11c</p>
<p>C.11b2</p> <p>¿Pudo realizarse la cirugía que necesitaba?</p>	<p>Si 1</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>No 2</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.11c</p>
<p>C.11b3</p> <p>¿Cuál fue la razón principal por la que no se realizó la cirugía?</p>	<p>No tenía dinero 1</p> <p>No recomendó el médico 2</p> <p>El establecimiento de salud está lejos 3</p> <p>Otro 4 <i>Especifique</i></p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.11c
En el último año (12 meses) ¿se fracturó la cadera?

- Si1
 No2
 No sabe8
 No responde9

C.11d
En el último año (12 meses) ¿se fracturó la muñeca?

- Si1
 No2
 No sabe8
 No responde9

C.11e
¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene osteoporosis (descalcificación de huesos)?

- Si1
 No2
 No sabe8
 No responde9
- PASE a
 C.12

C.11f
¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron osteoporosis (descalcificación de huesos)?

- Año..... 1 9 8 9
 Edad 5 0
 No sabe 9998
 No responde 9999

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.12 Usualmente no nos gusta hablar de esto, pero necesito saber para el estudio si durante el último año (12 meses), ¿la orina se le ha salido alguna vez involuntariamente?</p>	<p>Si1 No2 No sabe8 No responde9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">PASE a C.12b</div>
<p>C.12a ¿Cuántos días le sucedió esto en el último mes?</p>	<p>Menos de 5 días1 Entre 5 – 14 días2 Más de 15 días3 No sabe8 No responde9</p>
<p>C.12b Durante el último año (12 meses), ¿ha perdido involuntariamente heces fecales ?</p>	<p>Si1 No2 No sabe8 No responde9</p>

AHORA NECESITAMOS QUE NOS DIGA SI DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (12 MESES) USTED HA TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:

En el último año (12 meses), ¿ha tenido usted...	Si	No	No sabe	No responde
C.13a Dolor en el pecho?	①	2	8	9
C.13b Hinchazón persistente de los pies y los tobillos?	1	②	8	9
C.13c Le ha faltado la respiración estando despierto?	①	2	8	9
C.13d Mareos persistentes?	①	2	8	9
C.13e Dolor o problemas de espalda?	1	②	8	9
C.13f Dolor de cabeza persistente?	1	②	8	9
C.13g Fatiga o cansancio severo?	1	2	⑧	9
C.13h Tos persistente, flemas o silbido en el pecho?	1	2	⑧	9
C.13i Problemas en las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca, etc.)?	1	②	8	9
C.13j Náusea persistente y vómito?	1	2	8	⑨
C.13k Sudoración excesiva o sed persistente?	1	2	8	9

7

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR
Por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

AHORA QUIERO SABER ALGUNOS DETALLES SOBRE LA SALUD DE LOS OJOS, LOS OÍDOS Y LA BOCA.

C.14
 ¿Qué tan buena es su vista (sin anteojos o lentes de contacto) para ver de lejos (como para reconocer a un amigo al otro lado de la calle), es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente1
- Muy buena2
- Buena3
- Regular4
- Mala5
- Ciego6 → **PASE a C.14e1**
- No sabe8
- No responde9

C.14a
 ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de lejos?

- Si1
- No2 → **PASE a C.14c**
- No sabe8
- No responde9

C.14b
 Usando anteojos o lentes como acostumbra ¿diría usted que su vista para ver de lejos es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente1
- Muy buena2
- Buena3
- Regular4
- Mala5
- No sabe8
- No responde9

C.14c
 ¿Qué tan buena es su vista (sin anteojos o lentes de contacto) para ver de cerca (como para leer el periódico o ver las fotografías en una revista), es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente1
- Muy buena2
- Buena3
- Regular4
- Mala5
- No sabe8
- No responde9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.14d</p> <p>¿Usa usted anteojos o lentes de contacto para ver de cerca?</p>	<p>Si1</p> <p>No2 → PASE a C.14e1</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.14e</p> <p>Usando anteojos o lentes como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de cerca es excelente, muy buena, buena, regular o mala?</p>	<p>Excelente1</p> <p>Muy Buena2</p> <p>Buena3</p> <p>Regular4</p> <p>Mala5</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.14e1</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene cataratas?</p>	<p>Si1</p> <p>No2 } PASE a C.14h</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.14e2</p> <p>¿A qué edad o año le diagnosticaron cataratas?</p>	<p>Edad 5 0</p> <p>Año..... 1 9 8 9</p> <p>No sabe9998</p> <p>No responde9999</p>
<p>C.14f</p> <p>¿Alguna vez lo han operado de cataratas?</p>	<p>Si1</p> <p>No2 } PASE a C.14h</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.14g</p> <p>¿Le pusieron lentes intraoculares?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.14h</p> <p>¿Alguna vez un doctor lo ha tratado por glaucoma (aumento de la presión intraocular)?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.15</p> <p>¿Usa usted algún tipo de aparato (como audífono) para oír mejor?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.15a</p> <p>¿En general diría que su audición es excelente, muy buena, buena, regular o mala (con o sin audífono)?</p>	<p>Excelente1</p> <p>Muy buena2</p> <p>Buena3</p> <p>Regular4</p> <p>Mala5</p> <p>Sordo6</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.16</p> <p>Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su boca y sus dientes. Por favor dígame, ¿le faltan algunos dientes o muelas?</p>	<p>Si, unos pocos (hasta cuatro)1</p> <p>Si, bastantes (más de cuatro y menos de la mitad).....2</p> <p>Si, la mayoría (la mitad o más)3</p> <p>Si, faltan todos4</p> <p>No5 → PASE a C.17</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.16a</p> <p>¿Tiene puentes, dientes o dentadura postiza?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
<p>C.17</p> <p>En el último año (12 meses), ¿con qué frecuencia ha tenido que comer menos o cambiar de comida por problemas con sus dientes, muelas, puentes o dentadura postiza?</p>	<p>Siempre1</p> <p>Frecuentemente2</p> <p>Algunas veces3</p> <p>Rara vez4</p> <p>Nunca5</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

AHORA QUISIERA QUE ME CONTESTARA SI LO QUE LE PREGUNTO LE HA SUCEDIDO SIEMPRE, FRECUENTEMENTE, ALGUNAS VECES, RARA VEZ O NUNCA, EN EL ÚLTIMO AÑO (12 MESES)

En el último año (12 meses) ...	Siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No sabe	No responde
C.17a ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas duras como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5	8	9
C.17b ¿Con qué frecuencia sus dientes o su dentadura, le han permitido tragar bien?	1	2	3	4	5	8	9
C.17c ¿Cuántas veces ha tenido problemas para hablar bien por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17d ¿Cuántas veces ha tenido problemas para comer las cosas que quería por tener alguna molestia en sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17e ¿Cuántas veces ha tenido problemas para salir a la calle o hablar con otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17f Cuando usted se mira en el espejo ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17g ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o molestias en su boca?	1	2	3	4	5	8	9
C.17h ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5	8	9
C.17i ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de su dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17j ¿Cuántas veces ha tenido problemas para comer a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17k ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por las comidas o bebidas frías, calientes o dulces?	1	2	3	4	5	8	9

C.17l En el último año (12 meses) ¿se ha hecho atender por un odontólogo?

- Si 1 →
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE a C.18

C.17m ¿Por qué no se ha hecho atender por un odontólogo?

- No quiso ir 1
- Odontólogo está lejos 2
- No podía pagar 3
- No tenía seguro 4
- No ha tenido quien le lleve 5
- Otro 6
- Especifique*
- No sabe 8
- No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>C.18 FILTRO</p> <p>Sexo del entrevistado:</p>	<p>Mujer1</p> <p>Hombre2 → PASE a C.19</p>
--	---

SOLO MUJERES

<p>C.18a</p> <p>¿En los últimos dos años se ha examinado usted misma los senos en forma regular para ver si tiene “nódulos” (bolitas o tumores)?</p>	<p>Si1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
--	---

<p>C.18b</p> <p>¿En los últimos dos años le ha examinado un profesional de la salud para ver si tiene “nódulos” (bolitas o tumores) en los senos?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
---	---

<p>C.18c</p> <p>¿En los últimos dos años se ha hecho una mamografía o radiografía de sus pechos (mamas)?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p>
--	---

<p>C.18d</p> <p>¿En los últimos dos años le han hecho a usted un Papanicolaou, es decir, la prueba para determinar si tiene cáncer del cérvix o del cuello uterino?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde9</p>
---	--

<p>C.18e</p> <p>¿Ha tenido usted una histerectomía, es decir, una cirugía para quitarle la matriz (útero) y ovarios, o la matriz (útero) solamente?</p>	<p>Si, matriz (útero) y ovarios1</p> <p>Si, matriz (útero) solamente2</p> <p>No3</p> <p>No sabe8</p> <p>No responde9</p> <p style="text-align: right;">PASE a C.18g</p>
---	--

<p>C.18f</p> <p>¿Qué edad tenía cuando le hicieron la histerectomía?</p>	<p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe998</p> <p>No responde999</p> <p style="text-align: right;">PASE a C.18h</p>
--	---

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.18g</p> <p>¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su última menstruación?</p>	<p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Todavía menstrúa 00</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.18h</p> <p>¿Ha tomado usted alguna vez o toma actualmente estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia, por medio de pastilla, parche o crema?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.18l</p>
<p>C.18i</p> <p>¿A qué edad comenzó a tomar estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia?</p>	<p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/> años</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.18j</p> <p>¿Por cuánto tiempo ha tomado estrógeno?</p>	<p>Meses <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1 – 4 años 13</p> <p>5 – 9 años 14</p> <p>10 y más años 15</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>C.18k</p> <p>¿Está usted tomando ahora estrógeno, es decir, hormonas de mujer?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.18l</p> <p>¿Cuántos embarazos tuvo en total en su vida? (Incluye nacidos vivos, nacidos muertos o embarazos interrumpidos o abortos)</p>	<p>Número <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p> <p style="text-align: right;">} PASE a C.20</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SOLO HOMBRES

<p>C.19 En los últimos dos años, ¿alguna vez se ha hecho un examen de próstata?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
---	---

	Si	No	No sabe	No responde
C. 19a ¿Tiene usted que orinar con frecuencia?	①	2	8	9
C. 19b ¿Siente que a pesar de tener ganas, el chorro es débil y pequeño?	1	②	8	9
C. 19c ¿Siente ardor (o que “le quema”) al orinar?	①	2	8	9
C. 19d ¿Tiene que orinar tres veces o más durante la noche?	1	2	8	⑨

<p>C.20 ¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene algún problema nervioso o de salud mental (como: ansiedad, depresión, pérdida de memoria, cambios de comportamiento, entre otros)?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> PASE a C.21a </div>
---	--

<p>C.20a ¿En comparación con hace un año (12 meses), su problema nervioso o de salud mental está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor 1 Igual 2 Peor 3 No sabe 8 No responde 9</p>
---	---

<p>C.20b ¿Tiene usted tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
---	---

<p>C.20c ¿Durante el último año (12 meses), ha tomado alguna medicina contra la depresión?</p>	<p>Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9</p>
--	---

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

AHORA PIENSE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS Y DÍGAME SI DURANTE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LAS DOS SEMANAS PASADAS USTED ...

	Si	No	No sabe	No responde
C. 21a ¿Ha estado básicamente satisfecho con su vida?	1	②	8	9
C. 21b ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	①	2	8	9
C. 21c ¿Sintió que su vida está vacía?	①	2	8	9
C. 21d ¿Se sintió aburrido frecuentemente?	①	2	8	9
C. 21e ¿Estuvo de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	②	8	9
C. 21f ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le sucediera?	①	2	8	9
C. 21g ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1	2	⑧	9
C. 21h ¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	1	2	8	⑨
C. 21i ¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	①	2	8	9
C. 21j ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1	2	8	⑨
C. 21k ¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1	②	8	9
C. 21l ¿Se sintió inútil o que usted no vale nada en su situación actual?	①	2	8	9
C. 21m ¿Se sintió lleno de energía?	1	②	8	9
C. 21n ¿Se encontró usted sin esperanza ante su situación actual?	①	2	8	9
C. 21o ¿Creyó usted que las otras personas (de su misma edad) están en una situación mejor que usted?	①	2	8	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

LOS ESTUDIOS QUE SE HAN HECHO MUESTRAN QUE LA NUTRICIÓN Y EL RÉGIMEN DE VIDA SON FACTORES MUY IMPORTANTES EN LA SALUD. PARA ESTO, QUIERO HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU ALIMENTACIÓN.

<p>C.22a</p> <p>¿Cuántas comidas completas come al día?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>CONSIDERE EL DESAYUNO, EL ALMUERZO Y LA MERIENDA COMO COMIDA COMPLETA</p> </div>	<p>Una comida 1</p> <p>Dos comidas 2</p> <p>Tres o más comidas 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22b</p> <p>¿Consume leche, queso o yogurt al menos una vez al día?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22c</p> <p>¿Come huevos, fréjol, lenteja, chocho (leguminosas) al menos una vez por semana?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22d</p> <p>¿Come carne, pescado o aves al menos tres veces por semana?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22e</p> <p>¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22f</p> <p>¿Está comiendo menos en el último año (12 meses) de lo que comía antes por problemas digestivos o falta de apetito?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22f1</p> <p>Y en los últimos tres meses, ¿usted está comiendo más, igual o menos que antes?</p>	<p>Más 1</p> <p>Igual 2</p> <p>Menos que antes 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>C.22g</p> <p>¿Cuántos vasos o tazas de líquido (agua, café, té, leche, jugo, sopa, etc.) consume usted diariamente?</p>	<p>Menos de 3 vasos 1</p> <p>De 3 a 5 vasos 2</p> <p>Más de 5 vasos 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22h</p> <p>En el último año (12 meses) ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?</p>	<p>Si... ¿Cuántos kilos (libras) bajó?</p> <p>Entre 1 y 3 kg. (2.2 y 6.6 lb.) 1</p> <p>Más de 3 kg. (más de 6.6 lb.) 2</p> <p>No ha disminuido 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22i</p> <p>Respecto a su estado nutricional ¿se considera usted bien nutrido?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22i1</p> <p>¿Cómo es su movilidad?</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>OBSERVE Y PREGUNTE</p> </div>	<p>Confinado a cama o sillón 1</p> <p>Autonomía en el hogar 2</p> <p>Sale del domicilio 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22i2</p> <p>¿Durante los últimos tres meses usted ha tenido alguna enfermedad aguda (como: neumonía, diarrea, gripe, agravamiento de la diabetes o de la hipertensión, etc...)?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>C.22i3</p> <p>¿Actualmente usted presenta úlceras y/o escaras?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.23

En los últimos tres meses, en promedio, ¿cuántos días por semana ha tomado bebidas alcohólicas (como por ejemplo: cerveza, vino, aguardiente u otras bebidas que contienen alcohol)?

- No consumió 1 → PASE a C.24
- Menos de un día por semana 2
- 1 día a la semana 3
- 2 a 3 días a la semana 4
- 4 a 6 días a la semana 5
- Todos los días 6
- No sabe 8
- No responde 9

C.23a

En los últimos tres meses, en los días que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántas copas de vino, cerveza, aguardiente o bebidas con licor tomó en promedio al día?

- Copas de vino
- Cervezas
- Bebidas con licor
- No sabe 98
- No responde 99

C.24

¿Usted...

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- Fuma actualmente 1
- Antes fumaba pero ya no 2 → PASE a C.24b
- Nunca ha fumado 3
- No sabe 8
- No responde 9

PASE a C.25a

C.24a

¿Cuántos cigarrillos, puros o pipas fuma habitualmente por día?

DEFINICIÓN:
PAQUETE = 20 CIGARRILLOS

- Cigarrillos por día
- Pipas
- Puros

PASE a C.24c

C.24b

¿Hace cuántos años, a qué edad o en qué año dejó de fumar?

SI DEJÓ DE FUMAR HACE MENOS DE UN AÑO, REGISTRE 00

- Hace cuántos años 0 5
- Edad en años 0 7 0
- Año
- No sabe 9998
- No responde 9999

C.24b

¿Hace cuántos años, a qué edad o en qué año dejó de fumar?

- Hace cuántos años 0 5
- Edad en años 0 7 0
- Año 2 0 0 4

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

C.24c
¿Qué edad tenía usted, hace cuántos años o en que año empezó a fumar?

Edad en años

Hace cuántos años.....

Año

No sabe 9998

No responde 9999

C.24c
¿Q
cuá
em

C.25a
En el último año (12 meses), ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado por lo menos tres veces a la semana?

Si 1

No 2 → **PASE a C.25b**

No sabe 8

No responde 9

C.25a1
De forma regular cuántos días a la semana realiza estas actividades físicas rigurosas y cuántos minutos al día le dedica?

ANOTE LA CANTIDAD DE DÍAS Y MINUTOS AL DÍA

Días

Menos de 10 minutos 1

10 – 19 minutos 2

20 – 29 minutos 3

30 minutos y más..... 4

No sabe 8

No responde 9

C.25b
En el último año (12 meses), ¿realizó regularmente para distraerse alguna manualidad, artesanía, actividad artística por lo menos una vez a la semana?

Si 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

NECESITO HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS PRIMEROS 15 AÑOS DE SU VIDA.

C.26
Durante la mayor parte de sus primeros 15 años de vida, ¿cuál era la situación económica de su familia?

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

Buena 1

Regular 2

Mala 3

No sabe 4

No responde 5

C.27
Durante la mayor parte de sus primeros 15 años de vida, ¿diría usted que su salud era excelente, buena o mala?

Excelente 1

Buena 2

Mala 3

No sabe 8

No responde 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

¿Antes de los 15 años, recuerda haber tenido alguna de estas enfermedades?		Si	No	No sabe	No responde
C.28a Nefritis (inflamación del riñón)		1	2	⑧	9
C.28b Hepatitis (Afección o enfermedad inflamatoria del hígado)		1	②	8	9
C.28c Sarampión (Enfermedad infecciosa, causada por un virus)		①	2	8	9
C.28d Tuberculosis (enfermedad infecciosa, predominantemente en los pulmones)		1	②	8	9
C.28e Fiebre reumática (Enfermedad inflamatoria)		1	②	8	9
C.28f Asma (enfermedad crónica del sistema respiratorio)		1	②	8	9
C.28g Bronquitis crónica (enfermedad inflamatoria de los bronquios)		1	②	8	9
C.28h ¿Tuvo alguna otra enfermedad? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> INDAGAR SOBRE LAS OTRAS 3 MÁS IMPORTANTES PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR </div>	COLERA	①	2	8	9
	<i>Especifique</i>	1	②	8	9
	<i>Especifique</i>	1	②	8	9

USO INEC

0	1	0	1	0	1
---	---	---	---	---	---

C.29

¿Durante los primeros 15 años de su vida, estuvo usted en cama por un mes o más debido a algún problema de salud?

Si 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

C.30

Durante los primeros 15 años de su vida, ¿diría usted que hubo algún tiempo en que no comió lo suficiente y tuvo hambre?

Si 1

No 2

No sabe 8

No responde 9

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

Necesito conocer las dificultades que algunas personas tienen para hacer ciertas actividades que son importantes para la vida diaria DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD. Por favor, dígame si usted tiene dificultad (ahora) haciendo cada una de las actividades que le voy a mencionar. NO TOME EN CUENTA PROBLEMAS QUE USTED ESPERA QUE DUREN MENOS DE TRES MESES.

	Si	No	No puede	No lo hace	No responde
D.1a ¿Tiene dificultad para correr o trotar un kilómetro y medio o 15 cuadras?	1	2 PASE a D.2	3	4	9
D.1b ¿Tiene dificultad para caminar varias calles (cuadras)?	1	2 PASE a D.2	3	4	9
D.1c ¿Tiene alguna dificultad para caminar una calle (cuadra)?	1	2	3	4	9
D.2 ¿Tiene dificultad al estar sentado durante dos horas?	1	2	3	4	9
D.3 ¿Tiene dificultad al levantarse de una silla después de estar sentado un largo rato?	1	2	3	4	9
D.4 ¿Tiene dificultad para subir por las escaleras varios pisos sin descansar?	1	2 PASE a D.6	3	4	9
D.5 ¿Tiene dificultad para subir un piso por las escaleras sin descansar?	1	2	3	4	9
D.6 ¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encorvarse?	1	2	3	4	9
D.7 ¿Tiene dificultad para extender sus brazos más arriba de los hombros?	1	2	3	4	9
D.8 ¿Tiene dificultad para halar, empujar o retirar un objeto grande, como un sillón?	1	2	3	4	9

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>D.12c ¿Alguien le ayuda para cruzar un cuarto caminando?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>D.13a ¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o las medias)?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">PASE a D.14a</p>
<p>D.13b ¿Alguien le ayuda a vestirse?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>D.14a ¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde 9</p> <p style="text-align: right;">PASE a D.15a</p>
<p>D.14b ¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas, banco o silla)?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9</p>
<p>D.14c ¿Alguien le ayuda a bañarse?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe 8 No responde 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

D.15a
¿Tiene dificultad para comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.)?

Si 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde 9

} **PASE a D.16a**

D.15b
¿Alguien le ayuda a comer?

Si 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde 9

} **Menos de 1 año 00**

Cuántos años

D.16a
¿Tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?

Si 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde 9

} **PASE a D.17a**

D.16b
¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o levantarse de la cama?

Si 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde 9

D.16c
¿Alguien le ayuda a acostarse o levantarse de la cama?

Si 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde 9

} **Menos de 1 año 00**

Cuántos años

D.17a
¿Tiene dificultad para usar el servicio higiénico (incluyendo sentarse y levantarse del excusado o inodoro)?

Si 1
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde 9

} **PASE a D.18a**

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>D.17b ¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p>
<p>D.17c ¿Alguien le ayuda a usar el servicio higiénico?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>D.18a ¿Tiene dificultad para preparar la comida caliente?</p>	<p>Si 1 No..... 2 → PASE a D.19a No puede..... 3 No lo hace..... 4 No sabe 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">PASE a D.19a</p>
<p>D.18b ¿Alguien le ayuda a preparar la comida caliente?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>D.19a ¿Tiene dificultad para manejar su propio dinero?</p>	<p>Si 1 No..... 2 → PASE a D.20a No puede 3 No lo hace..... 4 No sabe 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">PASE a D.20a</p>
<p>D.19b ¿Alguien le ayuda a manejar su propio dinero?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>D.20a ¿Tiene dificultad para ir a otros lugares solo(a), como ir al doctor, la iglesia, etc.?</p>	<p>Si..... 1 No..... 2 → PASE a D.21a No puede..... 3 No lo hace..... 4 } PASE a D.21a No sabe..... 8 No responde..... 9</p>
<p>D.20b ¿Alguien lo acompaña para ayudarlo a subir y bajar del transporte, le brinda transporte o lo ayuda a conseguir un transporte (taxi, camioneta, canoa, acémila, lancha, avioneta y otros)?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>D.21a ¿Tiene dificultad para hacer las compras de alimentos?</p>	<p>Si..... 1 No..... 2 → PASE a D.22a No puede..... 3 No lo hace..... 4 } PASE a D.22a No sabe..... 8 No responde..... 9</p>
<p>D.21b ¿Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos?</p>	<p>Si 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">Menos de 1 año 00</p> <p style="text-align: center;">Cuantos años <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>D.22a ¿Tiene dificultad para llamar por teléfono?</p>	<p>Si..... 1 No..... 2 → PASE a D.23a No puede..... 3 No tiene teléfono..... 4 } PASE a D.23a No sabe..... 8 No responde..... 9</p>

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

D.22b
¿Alguien le ayuda a llamar por teléfono?

Si	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Menos de 1 año 00</div>
No.....	2	
No sabe.....	8	
No responde.....	9	

Cuantos años

D.23a
¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, como hacer las camas, sacudir, etc.?

Si	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE a D.24a</div>
No.....	2	
No puede.....	3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE a D.24a</div>
No lo hace.....	4	
No sabe.....	8	
No responde.....	9	

D.23b
¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres ligeros de la casa?

Si	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Menos de 1 año 00</div>
No.....	2	
No sabe.....	8	
No responde.....	9	

Cuantos años

D.24a
¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, como limpiar el baño, limpiar pisos, etc.?

Si	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE a D.25a</div>
No.....	2	
No puede.....	3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE a D.25a</div>
No lo hace.....	4	
No sabe.....	8	
No responde.....	9	

D.24b
¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres pesados de la casa?

Si	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Menos de 1 año 00</div>
No.....	2	
No sabe.....	8	
No responde.....	9	

Cuantos años

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

D.25a
**¿Tiene dificultad para tomar sus
medicinas?**

- Si 1
 - No 2 → **PASE a D.26**
 - No puede 3
 - No lo hace 4
 - No sabe 8
 - No responde 9
- PASE a D.26**

D.25b
**¿Alguien le ayuda a tomar sus
medicinas?**

- Si 1
 - No 2
 - No sabe 8
 - No responde 9
- Menos de 1 año 00**
- Cuántos años

D.26 FILTRO

Recibe ayuda

Verificar si contesto SI a:
D.12c, D.13.b, D.14.c, D.15.b,
D.16.c, D.17.c, D.18.b, D.19.b,
D.20.b, D.21.b, D.22.b, D.23.b,
D.24.b o D.25.b.

Ninguna persona ayuda 00 → **PASE A SECCIÓN E**

Al menos un "SI" →

¿Cuántas personas en total le ayudan
Con sus actividades del vivir diario?

**SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) /
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

	D.26a	D.26b	D.26b1	D.26c	D.26d		D.26e
	<p>Por favor, dígame los nombres de las personas que le ayudan con las actividades que he mencionado, empezando con la persona que ayuda más.</p> <p>(Actividades: caminar, vestirse, bañarse, comer, acostarse o levantarse de la cama, usar el servicio higiénico, preparar su comida, manejar su dinero, subir y bajar al transporte, realizar compras de alimentos, llamar por teléfono, quehaceres ligeros o pesados de la casa, tomar sus medicinas)</p> <p>Sr. Encuestador: empiece con la persona que ayuda más.</p> <p>↓</p>	<p>¿Qué relación tiene (NOMBRE DE AYUDANTE) con usted?</p> <p>Esposo(a) o compañero(a) 01 Hijo(a) 02 Hijastro(a) 03 Padres o suegros .. 04 Hermano(a)05 Yerno/nuera06 Nieto(a) 07 Otro familiar 08 Otro no familiar 09 Ayuda pagada/ doméstica 10 No sabe98 No responde99</p>	<p>Sexo ?</p> <p>Hombre..1 Mujer ... 2</p>	<p>¿Dónde vive (NOMBRE DE AYUDANTE)?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Misma casa 1 Mismo barrio 2 Diferente barrio, misma ciudad 3 Otra ciudad mismo país 4 Otro 5 No sabe 8 No responde 9</p>	<p>En total, ¿qué tan a menudo le ayuda (NOMBRE DE AYUDANTE)</p> <p>Días:</p> <p>Período:</p> <p>Semana 1 Mes 2 Año 3</p>		<p>En total, ¿por cuánto tiempo ha estado (NOMBRE DE AYUDANTE) ayudándole?</p> <p>No sabe..... 98 No responde..... 99</p>
		→	→	→	→	→	→
Cod	NOMBRE DE AYUDA	RELACIÓN DE PARENTESCO	SEXO	RESIDENCIA	DÍAS	PERÍODO	TIEMPO
1		□□□	□	□	□□□□	□	□□□.....MESES □□□.....AÑOS
2		□□□	□	□	□□□□	□	□□□.....MESES □□□.....AÑOS
3		□□□	□	□	□□□□	□	□□□.....MESES □□□.....AÑOS
4		□□□	□	□	□□□□	□	□□□.....MESES □□□.....AÑOS
5		□□□	□	□	□□□□	□	□□□.....MESES □□□.....AÑOS

SECCIÓN E. MEDICINAS

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR
 En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ME GUSTARÍA TOMAR NOTA DE LOS MEDICAMENTOS, REMEDIOS Y OTRAS COSAS QUE USTED ESTÁ ACTUALMENTE TOMANDO O USANDO.

E.1
¿Podría mostrarme los medicamentos y remedios que actualmente está tomando o usando?

Si 1
 No..... 2
 Entrevistado no toma medicamentos.. 3 → **PASE a E.6**

	E.2 LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
	EN CASO DE QUE NO SE LOS HAYA MOSTRADO PREGUNTE: ¿ME PODRÍA DECIR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO O USANDO? ↓ E.2	¿Quién se lo recetó? Médico..... 1 Farmacéutico... 2 Enfermera..... 3 Usted mismo.... 4 Otro (especifique). 5 No sabe..... 8 No responde.... 9 → E.3	¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua? No lo toma de manera continua... 95 No sabe..... 98 No responde..... 99 → E.4	¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró? Seguro social..... 1 Otro seguro público..... 2 Seguro privado..... 3 De su propio bolsillo..... 4 Hijos pagan..... 5 Ministerio de Salud Pública..... 6 Otro (especifique)..... 7 No sabe..... 8 No responde..... 9 → E.5
	MEDICAMENTO O REMEDIO	RESPONSABLE	TIEMPO	MODO DE OBTENCIÓN
1	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
2	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
3	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
4	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
5	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
6	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
7	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____

SECCIÓN E. MEDICINAS

CONTINÚA DE LA PÁGINA ANTERIOR ...

	E.2 LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
	<p>EN CASO DE QUE NO SE LOS HAYA MOSTRADO PREGUNTE:</p> <p>¿ME PODRÍA DECIR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO O USANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p>¿Quién se lo recetó?</p> <p>Médico..... 1 Farmacéutico... 2 Enfermera..... 3 Usted mismo.... 4 Otro (especifique). 5 No sabe..... 8 No responde.... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?</p> <p>No lo toma de manera continua... 95 No sabe..... 98 No responde..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p>¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?</p> <p>Seguro social..... 1 Otro seguro público..... 2 Seguro privado.... 3 De su propio bolsillo..... 4 Hijos pagan..... 5 Ministerio de Salud Pública..... 6 Otro (especifique)..... 7 No sabe..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
	MEDICAMENTO O REMEDIO	RESPONSABLE	TIEMPO	MODO DE OBTENCIÓN
8	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
9	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
10	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
11	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
12	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
13	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
14	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
15	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
16	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____
17	_____	_____	MESES [][] AÑOS [][]	_____

SECCIÓN E. MEDICINAS

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>E.6 ¿Actualmente toma usted (otros) remedios naturales como hierbas (medicina natural) o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?</p>	<p>Si 1 → REGRESE a E.2 Y ANOTE No..... 2 No sabe 8 No responde 9</p>
<p>E.7 ¿Usted toma o usa algún otro medicamento? Por ejemplo, aspirina u otro medicamento contra el dolor, laxantes, medicamentos para la gripe, medicamentos para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, ungüento o complementos alimenticios.</p>	<p>Si 1 No..... 2 } PASE a E.7b No sabe 8 No responde 9</p>
<p>E.7a ¿Durante las últimas dos semanas, ha tomado o usado alguno de estos medicamentos?</p>	<p>Si 1 → REGRESE a E.2 Y ANOTE No..... 2 No sabe 8 No responde 9</p>
<p>E.7b FILTRO Toma de medicamentos o remedios (ver preguntas E.2, E.6 y E.7)</p>	<p>Toma al menos uno 1 No toma ninguno 2 → PASE a E.9</p>
<p>E.8 En total, durante el último mes, ¿cuánto gastó en medicinas sin contar lo que está pagando por algún programa o seguro (incluyendo inyecciones, cremas, etc., compradas con recetas médicas o sin receta)?</p>	<p>Nada..... 0 Gasto total <input type="text"/> Si la persona no recuerda sondee... Menos de \$50..... 1 \$51 o más, pero menos de \$100..... 2 Más de \$101, pero menos de \$200.... 3 Más de \$201, pero menos de \$5004 Más de \$501, pero menos de \$2.000 ..5 No sabe.....8 No responde.....9</p>
<p>E.9 En algún momento durante el último año (12 meses), usted dejó de tomar o tomó menos de un medicamento que le fue recetado?</p> <p style="text-align: center;">ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE</p>	<p>Si, ¿por qué?</p> <p>Por el costo 1 La medicina no estaba disponible 2 No tenía transporte 3 No le gusta tomar medicinas 4 Otra razón 5 <i>Especifique</i> No 6 No sabe 8 No responde 9</p>

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

SABE 2009 (ECUADOR)

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

F.1

¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?

**ENCIERRE CON UN CÍRCULO
TODAS LAS OPCIONES QUE
MENCIONE EL ENTREVISTADO**

- IESS, Seguro General 1
- IESS, Seguro campesino 2
- Seguro Privado 3
- Seguro del ISSFA ó ISSPOL 4
- Seguro Municipal 5
- Ninguno 6
- No sabe 8
- No responde 9

**PASE a
F.3**

¿Su o sus seguro(s) cubre(n) todo, parte, o ninguno de los siguientes gastos médicos?	Todo	Parte	Ninguno	No sabe	No responde
F.2a ¿Consulta de medicina general?	1	2	3	8	9
F.2b ¿Consulta de especialista?	1	2	3	8	9
F.2c ¿Medicamentos recetados?	1	2	3	8	9
F.2d ¿Los exámenes que le manden hacer?	1	2	3	8	9
F.2e ¿Los gastos de hospitalización o internación?	1	2	3	8	9
F.2f ¿Anteojos?	1	2	3	8	9
F.2g ¿Prótesis o aparatos de apoyo? (ayudas técnicas)	1	2	3	8	9
F.2h ¿Servicios de rehabilitación? (Ej. terapia física)	1	2	3	8	9
F.2i ¿Servicio de odontología?	1	2	3	8	9
F.2j ¿Consulta homeopática?	1	2	3	8	9
F.2k En caso de estar trabajando, ¿le pagan sus licencias médicas? (cesantías por enfermedad)	1	2	3	8	9

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

F.3

¿Durante el último año (12 meses), a dónde fue cuando se sintió enfermo o cuando necesitó hacer una consulta de salud?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

SR. ENCUESTADOR: SI LA PERSONA ADULTA MAYOR RESPONDE QUE NO ESTUVO ENFERMA, REPREGUNTE Y VERIFIQUE LA RESPUESTA

No estuve enfermo(a) 01 →

No hice la consulta aunque la necesité 02

PASE a F.31

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS:

Hospital/MSP/IESS/FFAA/ISSPOL/PSJ .. 03

Centro de salud MSP/IESS 04

Subcentro o dispensario de salud/MSP/IESS . 05

Puesto de salud 06

Sala de emergencia en hospital público .. 07

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS:

Hospital o Clínica /JBG/SOLCA 08

Clínica de salud privado 09

Consultorio particular 10

Sala de emergencia en hospital privado .. 11

Botica o farmacia 12

Casa de reposo (asilo) 13

Naturista 14

Otro 15

Especifique

No sabe 98

No responde 99

PASE a F.4

F.3a

¿Por qué no fue?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Distancia, falta de transporte 1

No tengo tiempo 2

No tengo dinero 3

La atención no es buena 4

Otro 5

Especifique

No sabe 8

No responde 9

PASE a F.31

F.4

Durante los últimos 4 meses, ¿cuántas veces diferentes estuvo internado en un hospital, al menos una noche?

Veces

Ninguna noche 00

No sabe 98

No responde 99

PASE a F.11

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

F.5
En total, ¿cuántas noches estuvo internado en un hospital en los últimos cuatro meses?

Noches

No sabe 998

No responde 999

F.6
Dónde estuvo internado la última vez?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO SOLO UNA RESPUESTA

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS:

Hospital Público MSP/IESS/FFAA/ISSPOL/PSJ 1

Centro Hospital de salud MSP/IESS 2

Sala de emergencia en hospital público 3

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS:

Hospital Privado JBG/SOLCA 4

Clínica de salud privada 5

Sala de emergencia en hospital privado 6

Otro 7
Especifique

No sabe 8

No responde 9

F.7
¿Cuánto tiempo se demoró en llegar al hospital?

Minutos

Horas

No sabe 98

No responde 99

F.8
Después de que llegó al hospital, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido?

Minutos

Horas

No sabe 98

No responde 99

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

F.9

¿Quién pagó por la hospitalización?

**ENCIERRE CON UN CÍRCULO
TODAS LAS OPCIONES QUE
MENCIONE
ESPONTÁNEAMENTE**

- Persona adulta mayor.....01
 - Esposo(a) / Compañero(a) 02
 - Hijo(a) 03
 - Otro familiar 04
 - Otra persona no familiar 05
 - Se atendió en institución de seguridad social . 06
 - Se atendió en otra institución pública 07
 - Lo pagó su seguro privado de gastos médicos 08
 - Otro _____ 09
Especifique
 - No sabe 98
 - No responde 99
- PASE a
F.11

F.10

¿Cuánto pagó o pagaron en forma particular por la hospitalización?

- Pago total
- Si la persona no pudiera dar una cifra exacta, sondee...**
- Menos de \$ 200 1
 - \$ 201 o más, pero menos de \$ 500 2
 - Más de \$ 501, pero menos de \$ 1.000 3
 - Más de \$ 1.001, pero menos de \$ 2.000 4
 - Más de \$ 2.001, pero menos de \$ 50.000 5
 - No sabe 8
 - No responde 9

F.11

(No incluyendo esta internación)
¿En los últimos cuatro meses solicitó atención médica o una consulta médica de cualquier tipo?

- Sí 1
 - No 2
 - No sabe 8
 - No responde 9
- PASE a
F.30

F.12

En los últimos cuatro meses, ¿cuántas veces buscó atención médica?

- Veces
- No sabe..... 98
 - No responde 99

F.13

La última vez que solicitó atención médica, ¿de quién buscó atención?

**ENCIERRE CON UN CÍRCULO
SOLO UNA RESPUESTA**

- Médico 1
- Enfermera 2
- Boticario/Farmacéutico 3
- Curandero/hierbatero/sobador/naturista . 4
- Otro _____ 5
Especifique
- No sabe 8
- No responde 9

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>F.14</p> <p>¿Dónde recibió esta atención o consulta?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>ENCIERRE CON UN CÍRCULO SOLO UNA RESPUESTA</p> </div>	<p>ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS:</p> <p>Hospital/MSP/IESS/FFAA/ISSPOL/PSJ 01</p> <p>Centro de salud MSP/IESS 02</p> <p>Subcentro o dispensario de salud/MSP/IESS 03</p> <p>Puestos de salud 04</p> <p>Sala de emergencia en hospital público 05</p> <p>ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS:</p> <p>Hospital o Clínica /JBG/SOLCA06</p> <p>Centro de salud privado07</p> <p>Consultorio particular 08</p> <p>Sala de emergencia en hospital privado09</p> <p>Botica o farmacia 10</p> <p>Casa o domicilio del entrevistado 11</p> <p>Otro _____ 10</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>F.15</p> <p>¿Cuánto tiempo pasó entre que solicitó la consulta y se la dieron?</p>	<p>Días <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Meses <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>F.16</p> <p>¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde recibió la consulta?</p>	<p>Minutos <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Horas <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>F.17</p> <p>En el lugar de la consulta, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido por un profesional de la salud?</p>	<p>Minutos <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Horas <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>F.18</p> <p>¿Quién pagó por esa consulta?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE</p> </div>	<p>Entrevistado(a) 01</p> <p>Esposo(a) / Compañero(a) 02</p> <p>Hijo(a) 03</p> <p>Otro familiar 04</p> <p>Otra persona no familiar 05</p> <p>Se atendió en institución de seguridad social 06</p> <p>Se atendió en otra institución pública gratuita.... 07</p> <p>Lo pagó su seguro privado 08</p> <p>No hubo pago 09</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>PASE a F.20</p> </div>

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

F.19

En total, ¿cuánto pagó por esta consulta?

Pago total

Si la persona no pudiera dar una cifra exacta, sondee...

- Menos de \$ 5 1
- \$ 6 o más, pero menos de \$ 10 2
- Más de \$ 11, pero menos de \$ 30 3
- Más de \$ 31, pero menos de \$ 50 4
- Más de \$ 51, pero menos de 100 5
- No sabe 8
- No responde 9

F.20

Durante esta consulta, ¿le solicitaron algunas radiografías, exámenes de laboratorio (rayos-x, etc.)?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE a F.25

F.20a

¿Se realizó estos exámenes?

- Si, los hizo todos 1 →
- No los hizo todos pero tiene fecha programada 2 →
- No los hizo o se hizo sólo algunos 3

PASE a F.22

PASE a F.25

F.21

¿Por qué no se hizo (todos) los exámenes o pruebas de laboratorio (rayos-x, etc.) que le solicitaron?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Atención cara / costo 1
- Costo del viaje 2
- Tiempo requerido para el viaje y la espera . 3
- El problema no era grave 4
- Mi familia me necesitaba 5
- No teníamos recursos disponibles..... 6
- Otro 7
- Especifique*
- No sabe 8
- No responde 9

PASE a F.25

F.22

¿Dónde se hizo los exámenes o pruebas de laboratorio?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS:

- Hospital/MSP/IESS/FFAA/ISSPOL/PSJ 01
- Centro de salud MSP/IESS 02
- Subcentro o dispensario de salud/MSP/IESS 03
- Puestos de salud 04

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS:

- Hospital o Clínica /JBG/SOLCA 05
- Centro de salud privado 06
- Botica o farmacia 07
- Laboratorio 08
- Otro 10
- Especifique*
- No sabe 98
- No responde 99

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

F.23

¿Quién pagó?

**ENCIERRE CON UN CÍRCULO
TODAS LAS OPCIONES QUE
MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE**

- Entrevistado(a) 01
 - Esposo(a) / Compañero(a) 02
 - Hijo(a) 03
 - Otro familiar 04
 - Otra persona no familiar 05
 - Se atendió en institución de seguridad social ... 06
 - Se atendió en otra institución pública 07
 - Lo pagó su seguro privado de gastos médicos.. 08
 - No sabe 98
 - No responde 99
- PASE a F.25

F.24

¿Cuánto pagó o pagaron en forma particular por estos exámenes?

- Pago total
- Si la persona no pudiera dar una cifra exacta, sondee...**
- Menos de \$ 50 1
 - \$ 51 o más, pero menos de \$ 100 2
 - Más de \$ 101, pero menos de \$ 200 3
 - Más de \$ 201, pero menos de \$ 500 4
 - Más de \$ 501, pero menos de 1.000 5
 - No sabe 8
 - No responde 9

F.25

¿Durante la consulta le recetaron algunas medicinas o remedios?

- Si 1
 - No 2
 - No sabe 8
 - No responde 9
- PASE a F.31

F.26

¿Pudo obtener las medicinas o remedios recetados?

- Si 1 →

PASE a F.27
 - Algunos si y otros no 2
 - No 3
 - No sabe 8
 - No responde 9
- PASE a F.31

F.26a

¿Por qué no los pudo obtener?

**ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS
LAS OPCIONES QUE MENCIONE
ESPONTÁNEAMENTE**

- Medicamentos caros/costo 1
 - No los cubre el seguro 2
 - No tenía transporte 3
 - Medicamentos no disponibles 4
 - Otro 5
 - Especifique*
 - No sabe 8
 - No responde 9
- PASE a F.31

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

F.27

¿Tuvieron que pagar algo por estas medicinas?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE a F.31

F.28

¿Quién pagó?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Entrevistado(a) 1
- Esposo(a) / Compañero(a) 2
- Hijo(a) 3
- Otro familiar 4
- Otra persona no familiar 5
- No sabe 8
- No responde 9

F.29

En total, ¿cuánto pagaron por estas medicinas?

- Pago total
- Si la persona no pudiera dar una cifra exacta, sondee...**
- Menos de \$ 50 1
 - \$ 51 o más, pero menos de \$ 100 2
 - Más de \$ 101, pero menos de \$ 200 3
 - Más de \$ 201, pero menos de \$ 500 4
 - Más de \$ 501, pero menos de \$ 2.000 5
 - No sabe 8
 - No responde 9

PASE a F.31

F.30

¿Por qué no hizo ninguna consulta médica en los últimos cuatro meses?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- No lo necesitó 01
- Costo de la atención 02
- Costo del viaje 03
- Tiempo requerido para el viaje y la espera . 04
- El problema no era grave 05
- Atención es usualmente mala 06
- Mi familia me necesitaba 07
- Se automedicó 08
- Malestar propio de la vejez 09
- Otro 10
- Especifique*
- No sabe 98
- No responde 99

F.31

Antes de terminar con esta sección, ¿me podría decir si ha recibido la vacuna contra...

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE RESPONDA

- La gripe, durante los últimos 12 meses 1
- El tétanos, en los últimos 10 años 2
- La Neumonía, en los últimos 5 años 3
- Ninguna 4
- No sabe 8
- No responde 9

HORA DE INICIO: _____

Ahora voy a preguntarle sobre su hogar. Las familias y amistades a menudo se apoyan unas otras de diferentes maneras y como parte de esta investigación se requiere saber cómo lo hacen. Para tener un panorama completo de la situación de las personas adultas mayores, necesito conocer algunos detalles de las personas que viven habitualmente en el hogar.

DATOS GENERALES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Anote los nombres de todos los miembros del hogar e incluya el nombre de la persona adulta mayor registrando "ENTREVISTADO(A)". Pregunte G.3 a G.16 para cada miembro del hogar y **SÓLO PREGUNTE G.3 PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR ENTREVISTADA.**

NÚMERO DE REGISTRO	G.1	G.2	G.3	G.4	G.5	G.6
	<p>Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que viven aquí, empezando por el jefe o la jefa del hogar; no olvide incluir su nombre y el de los niños. Incluya también la ayuda doméstica que viva aquí en la casa</p> <p>ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUYA A LA PERSONA ADULTA MAYOR REGISTRANDO "ENTREVISTADO(A)"</p> <p>↓ G.1</p>	<p>Entonces, ¿son</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>personas las que forman este hogar?</p> <p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>VERIFIQUE Y CORRIJA LA LISTA</p>	<p>¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe o la jefa del hogar?</p> <p>Esposo(a) compañero(a) 02 Hijo(a) 03 Padres 04 Suegros 05 Hermanos 06 Yerno o nuera 07 Nieto(a) 08 Hijastro(a) 09 Otro familiar 10 Otro no familiar 11 Empleada doméstica. 12 No sabe 98 No responde 99</p> <p>↓ G.3</p>	<p>¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con usted?</p> <p>Esposo(a) compañero(a) 01 Hijo(a) 02 Padres 03 Suegros 04 Hermanos 05 Yerno o nuera 06 Nieto(a) 07 Hijastro(a) 08 Otro familiar 09 Otro no familiar 10 Empleada doméstica. 11 No sabe 98 No responde 99</p> <p>↓ G.4</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>Hombre 1</p> <p>Mujer 2</p> <p>→ G.5</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>Menos de un año 000 No sabe 998 No responde.. 999</p> <p>→ G.6</p>
	LISTA DE PERSONAS		PARENTESCO	PARENTESCO CON LA PERSONA ADULTA MAYOR	SEXO	EDAD
1			01 Jefe (a) del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES Y EDUCACIÓN

		PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		
NÚMERO DE REGISTRO	G.7		G.8	G.9
	¿(NOMBRE) tiene derecho a servicio médico (o cobertura médica) ...		¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?	¿Fue (NOMBRE) a algún establecimiento de enseñanza regular (escuela, colegio, etc.)?
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA DOS CÓDIGOS </div>			
	IESS, Seguro General	01	Si	Si
	IESS, Seguro campesino	02	No	No
	Seguro Privado	03	No sabe.....	No sabe
	Seguro del ISSFA ó ISSPOL	04	No responde	No responde
	Seguro Municipal	05		
	En otra institución pública	06		
	En otra institución privada	07		
	No tiene derecho a servicio médico	08		
	Ninguno	09		
	No sabe	98		
	No responde	99		
	→ G.7		→ G.8	→ G.9
	AFILIACIÓN		ALFABETISMO	ASISTENCIA
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SERVICIOS DE SALUD

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA LAS PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS	
G.10		G.11	G.12
¿Cuál fue el nivel, grado, curso o año más alto que (NOMBRE) aprobó?		¿Actualmente (NOMBRE)	¿La semana pasada (NOMBRE):
ANOTE EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO APROBADO Y EL NIVEL CORRESPONDIENTE		ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA	
LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA			
NÚMERO DE REGISTRO	Ninguno 00	Es unido(a)? 1	Trabajó (al menos una hora)?01
	Centro de Alfabetización 01	Es casado(a)? 2	Tiene trabajo, pero no trabajó? 02
	Jardín de Infantes 02	Es viudo(a)? 3	Buscó trabajo, habiendo trabajado antes (cesante) ?..... 03
	Primaria 03	Es divorciado(a)? 4	Buscó trabajo por primera vez? 04
	Educación Básica 04	Es separado(a)? 5	Sólo quehaceres domésticos? 05
	Secundaria 05	Es soltero(a)? 6	Sólo estudiante? 06
	Educación Media 06	No sabe 8	Sólo jubilado(a) 07
	Ciclo Post-bachillerato 07	No responde 9	Sólo pensionista? 08
	Superior 08		Está impedido(a) permanentemente para trabajar? 09
	Postgrado 09		Otro? (<i>especifique</i>)..... 10
	No sabe 98		No sabe98
	No responde 99		No responde99
→ G.10	→ G.11	→ G.12	
NIVEL	GRADO, CURSO O AÑO	ESTADO CIVIL	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

TRANSFERENCIAS

		PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS								
NÚMERO DE REGISTRO	G.13	G.14		G.15		G.16				
	<p>Ahora dígame si (NOMBRE) le ayuda a usted de alguna forma</p> <p>SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Si,</p> <p>con dinero 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>otro 4</p> <p>No 5</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>PASE a G.15</p> <p>→ G.13</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez al año 00,5</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No responde ...99,9</p> <p>→ G.14</p>		<p>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma?</p> <p>SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Si,</p> <p>con dinero 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>con el cuidado de los niños 4</p> <p>otro 5</p> <p>No 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>PASE a G.17a</p> <p>→ G.15</p>		<p>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez al año 00,5</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No responde ...99,9</p> <p>→ G.16</p>				
	AYUDA RECIBIDA		VECES	PERIODO	AYUDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR		VECES	PERIODO		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

PERSONAS ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS O ASILADAS PERMANENTEMENTE

G.17a
¿Hay alguien mayor de 60 años que ha residido en este hogar y que ahora esté permanentemente en un hospital, asilo u otra institución?

Si, número de personas

No 0

No sabe 8

No responde 9

PASE a G.18

NÚMERO DE REGISTRO	G.17b	G.17c	G.17d	G.17e
	Indagar el nombre o los nombres de las personas ausentes.	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	¿En qué tipo de institución está ahora (NOMBRE)?
	↓ G.17b	→ G.17c	→ G.17d	→ G.17e
	LISTA DE PERSONAS	EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G.18 FILTRO
¿Tiene al menos un hijo actualmente vivo? (ver pregunta A.23)

Si 1

No 2 → PASE a G.32

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE LOS HIJOS(AS) QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

NÚMERO DE REGISTRO	G.18a	G.19	G.20	G.21
	<p>Ahora, quiero preguntarle acerca de los hijos que no viven con usted.</p> <p>Por favor, dígame los nombres de sus hijos que no viven con usted</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y PREGUNTE G.19 a G.31 PARA CADA UNO </div> <p>Número de hijos fuera del hogar <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>No tiene hijos fuera del hogar 00</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0; display: inline-block;"> PASE a G.32 </div> <p style="text-align: center;">↓ G.18a</p>	<p>¿(NOMBRE) es su ...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div> <p>Hijo(a) propio? 1</p> <p>Hijastro(a)? 2</p> <p>Hijo(a) adoptado(a)? 3</p> <p>Criado como hijo(a).... 4</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.19</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>Hombre 1</p> <p>Mujer..... 2</p> <p style="text-align: center;">→ G.20</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS </div> <p>Menos de un año 000</p> <p>No sabe 998</p> <p>No responde..... 999</p> <p style="text-align: center;">→ G.21</p>
	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	EDAD
1		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
6		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
7		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
8		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
9		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
10		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
11		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
12		<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE LOS HIJOS(AS) QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

NÚMERO DE REGISTRO	G.22		G.23	G.24	G.25
	¿Cuál fue el nivel o grado, curso o año último que (NOMBRE) aprobó? ANOTE EL ÚLTIMO AÑO APROBADO Y EL NIVEL CORRESPONDIENTE		¿Actualmente (NOMBRE) ... LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	¿Cuántos hijos tiene (NOMBRE)? ANOTE EL NÚMERO DE HIJOS	¿La semana pasada (NOMBRE): LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA
	Nivel: Ninguno 00 Centro de Alfabetización ... 01 Jardín de Infantes 02 Primaria 03 Educación Básica 04 Secundaria 05 Educación Media 06 Ciclo Post-bachillerato 07 Superior 08 Postgrado 09 No sabe 98,0 No responde 99,0		Es unido(a)? 1 Es separado(a)? 2 Es divorciado(a)? ... 3 Es viudo(a)? 4 Es soltero(a)? 5 Es casado(a)? 6 No sabe 8 No responde9	No tiene 00 No sabe 98 No responde 99	Trabajó (al menos una hora)? ... 01 Tiene trabajo, pero no trabajó? ...02 Buscó trabajo habiendo trabajado antes (cesante) ?..... 03 Buscó trabajo por primera vez? .. 04 Sólo quehaceres domésticos?05 Sólo estudiante? 06 Sólo jubilado(a) 07 Sólo pensionista? 08 Está impedido(a) permanente-mente para trabajar? 09 Otro? (<i>especifique</i>)..... 10 No sabe 98 No responde 99
	→ G.22		→ G.23	→ G.24	→ G.25
	NIVEL	GRADO, CURSO O AÑO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE LOS HIJOS(AS) QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

NÚMERO DE REGISTRO	G.26		G.27a		G.27b
	¿Dónde vive (NOMBRE)?		¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?		¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>
	Mismo barrio (vecindario) 1 Diferente barrio, pero misma ciudad 2 Otra ciudad pero mismo país ... 3 Otro país (<i>nombre del país</i>) 4 No sabe 8 No responde 9		Veces por Periodo: Día 1 Semana 2 Mes 3 Año 4 Menos de una vez por año 00,5 Nunca 00,0 No sabe 98,8 No responde 99,9		Muy satisfecho(a) 1 Satisfecho (a) 2 No satisfecho(a) 3 No sabe 8 No responde 9
	→ G.26		→ G.27a		→ G.27b
	RESIDENCIA	USO INEC	VECES	PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS GENERALES DE LOS HIJOS(AS) QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

NÚMERO DE REGISTRO	G.28	G.29	G.30	G.31
	<p>Ahora dígame si (NOMBRE) le ayuda a usted de alguna forma</p> <p>SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Si,</p> <p>con dinero 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>compañía 4</p> <p>otro 5</p> <p>No 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>PASE a G.30 ←</p> <p>→ G.28</p>	<p>¿Con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted?</p> <p>Veces por Período:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez al año 00,5</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No responde ...99,9</p> <p>→ G.29</p>	<p>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma?</p> <p>SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Si,</p> <p>con dinero1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc.2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>con el cuidado de los niños4</p> <p>otro 5</p> <p>No 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde9</p> <p>PASE a G.32 ←</p> <p>→ G.30</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</p> <p>Veces por Período:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez al año 00,5</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No responde .. 99,9</p> <p>→ G.31</p>
	AYUDA RECIBIDA	VECES PERIODO	AYUDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR	VECES PERIODO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS (NO RESIDENTES EN EL HOGAR)

NÚMERO DE REGISTRO	G.32	G.33	G.34	G.35	G.36
	<p>Continuemos con algunas preguntas sobre los hermanos y hermanas que no viven con usted.</p> <p>Sí, tiene hermanos fuera del hogar 1</p> <p>Cuántos <input type="text"/> <input type="text"/> ←</p> <p>No tiene hermanos fuera del hogar o ya fallecieron 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>PASE a G.44a ←</p> <p>Empezando con su hermano mayor, por favor dígame los nombres de cada uno de sus hermanos que no viven con usted.</p> <p>ANOTE TODOS LOS HERMANOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y DESPUÉS PREGUNTE G.33 - G.43</p> <p>↓ G.32</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>Hombre 1</p> <p>Mujer 2</p> <p>→ G.33</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>No sabe 998</p> <p>No responde 999</p> <p>→ G.34</p>	<p>¿Actualmente (NOMBRE)...?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Es unido(a)? 1</p> <p>Es separado(a)? ... 2</p> <p>Es divorciado(a)? .. 3</p> <p>Es viudo(a)? 4</p> <p>Es soltero(a)? 5</p> <p>Es casado(a)? 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>→ G.35</p>	<p>¿Cuántos hijos tiene (NOMBRE)?</p> <p>ANOTE NÚMERO DE HIJOS</p> <p>No tiene 00</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p> <p>→ G.36</p>
	NOMBRE DE HERMANOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS (NO RESIDENTES EN EL HOGAR)

NÚMERO DE REGISTRO	G.37	G.38		G.39a		G.39b
	<p>¿La semana pasada (NOMBRE):</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Trabajó (al menos una hora)? ... 01</p> <p>Tiene trabajo, pero no trabajó? ...02</p> <p>Buscó trabajo, habiendo trabajado antes (cesante)? 03</p> <p>Buscó trabajo por primera vez? ..04</p> <p>Sólo quehaceres domésticos? ... 05</p> <p>Sólo estudiante? 06</p> <p>Sólo jubilado(a)07</p> <p>Sólo pensionista?08</p> <p>Está impedido(a) permanentemente para trabajar? 09</p> <p>Otro? (<i>especifique</i>)..... 10</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde99</p> <p>→ G.37</p>	<p>¿Dónde vive (NOMBRE)?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Mismo barrio (vecindario)1</p> <p>Diferente barrio, pero misma ciudad 2</p> <p>Otra ciudad pero mismo país 3</p> <p>Otro país (<i>nombre del país</i>) 4</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>→ G.38</p>		<p>¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?</p> <p>Veces por Periodo:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes..... 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez por año 00,5</p> <p>Nunca 00,0</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No Responde... 99,9</p> <p>→ G.39a</p>		<p>¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Muy satisfecho(a) 1</p> <p>Satisfecho (a) 2</p> <p>No satisfecho(a) 3</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>→ G.39b</p>
	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	RESIDENCIA	USO INEC	VECES	PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS (NO RESIDENTES EN EL HOGAR)

NÚMERO DE REGISTRO	G.40	G.41	G.42	G.43	
	<p>Ahora dígame si (NOMBRE) le ayuda a usted de alguna forma</p> <p>SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCION Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Si,</p> <p>con dinero 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>compañía 4</p> <p>otro 5</p> <p>No 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>PASE a G.42</p> <p>→ G.40</p>	<p>¿Con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez al año00,5</p> <p>No sabe98,8</p> <p>No responde ...99,9</p> <p>→ G.41</p>	<p>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma?</p> <p>SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCION Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Si,</p> <p>con dinero 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>compañía 4</p> <p>otro 5</p> <p>No 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>PASE a G.44a</p> <p>→ G.42</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Periodo:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez al año 00,5</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No responde .. 99,9</p> <p>→ G.43</p>	
	AYUDA RECIBIDA		AYUDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR		
		VECES	PERIODO	VECES	PERIODO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS (NO RESIDENTES EN EL HOGAR)

NÚMERO DE REGISTRO	G.44a	G.44b	G.45	G.46	
	<p>¿Existe algún otro familiar o amigo del cual usted recibe o da ayuda y que no viva con usted?</p> <p>Si 1 → Me podría decir el nombre de estas personas?</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde .. 9</p> <p>PASE a G.52</p> <p>ANOTE TODOS LOS OTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y DESPUÉS PREGUNTE G.44b - G.51</p> <p>↓ G.44a</p>	<p>¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con usted?</p> <p>Padres 1</p> <p>Suegros 2</p> <p>Yerno o nuera 3</p> <p>Nieto(a) 4</p> <p>Sobrino(a) 5</p> <p>Otro familiar 6</p> <p>No familiar 7</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>→ G.44b</p>	<p>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</p> <p>Hombre 1</p> <p>Mujer 2</p> <p>→ G.45</p>	<p>¿Dónde vive (NOMBRE)?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>Mismo barrio (vecindario) 1</p> <p>Diferente barrio pero misma ciudad 2</p> <p>Otra ciudad pero mismo país 3</p> <p>Otro país (<i>Nombre del país</i>) 4</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p> <p>→ G.46</p>	
	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	RESIDENCIA	USO INEC
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS (NO RESIDENTES EN EL HOGAR)

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.47a		G.47b	G.48			
	¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?		¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?	Ahora dígame, si (NOMBRE) le ayuda a usted de alguna forma.			
	Veces por Periodo:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS </div>			
	Día	1		Muy satisfecho(a)	1	Si, con dinero 1	
	Semana	2		Satisfecho(a)	2	con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2	
	Mes.....	3		No satisfecho(a)	3	dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3	
	Año	4		No sabe	8	con compañía 4	
	Menos de una vez por año	00,5		No responde	9	otro 5	
	Nunca	00,0				No 6	
	No sabe	98,8				No sabe 8	
	No responde	99,9				No responde 9	
	→ G.47a			→ G.47b		→ G.48	
	VECES	PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN		AYUDA RECIBIDA		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PASE a G.50

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS (NO RESIDENTES EN EL HOGAR)

NÚMERO DE REGISTRO	G.49		G.50			G.51	
	En total, ¿con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted?		Ahora dígame, ¿si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma?			En total, ¿con qué frecuencia usted ayuda a (NOMBRE)?	
			SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS				
	Veces		<p>Si,</p> <p>con dinero 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropa, etc. 3</p> <p>cuidado de niños 4</p> <p>con compañía 5</p> <p>otro 6</p> <p>No 7</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>			Veces	
	por					por	
	Periodo:					Periodo:	
	Día 1					Día 1	
	Semana 2					Semana 2	
	Mes..... 3					Mes..... 3	
	Año 4					Año 4	
	Menos de una vez por año 00,5					Menos de una vez por año 00,5	
	No sabe 98,8					No sabe 98,8	
	No responde 99,9					No responde 99,9	
	→ G.49		→ G.50			→ G.51	
	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO			VECES	PERIODO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.52	G.53	G.54	
	<p>¿Durante el último año (12 meses), recibió usted asistencia de algún tipo de institución u organización que apoya a las personas adultas mayores en su comunidad?</p> <p>ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LÍNEA</p> <p>Si,</p> <p>ayuda del estado 01</p> <p>servicio de bienestar social 02</p> <p>un centro de personas adultas mayores 03</p> <p>asociación 04</p> <p>servicio de cuidado en la casa 05</p> <p>iglesia o templo 06</p> <p>otro 07</p> <p>No 08</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p> <p style="text-align: center;">↓ G.52</p>	<p>¿Qué tipo de ayuda recibe usted?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Dinero 01</p> <p>Comida 02</p> <p>Ropa 03</p> <p>Ayuda con quehaceres de hogar 04</p> <p>Ayuda con cuidado personal 05</p> <p>Transporte 06</p> <p>Entretenimiento 07</p> <p>Compañía 08</p> <p>Otro 09</p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.53</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia recibe usted esta ayuda?</p> <p>Veces por Periodo:</p> <p>Día 1</p> <p>Semana 2</p> <p>Mes 3</p> <p>Año 4</p> <p>Menos de una vez por año 00,5</p> <p>No sabe 98,8</p> <p>No responde 99,9</p> <p style="text-align: center;">→ G.54</p>	
	ASISTENCIA	TIPO DE AYUDA DE LAS INSTITUCIONES	VECES	PERIODO
1	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
2	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
3	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
4	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
5	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
6	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
7	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
8	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
9	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
10	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
11	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_
12	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS

NÚMERO DE REGISTRO	G.55	G.56	G.57			
	<p>Durante el último año (12 meses), ¿ha prestado usted algún servicio de forma voluntaria o gratis a alguna institución u organización en su comunidad?</p> <p>ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LÍNEA</p> <p>Si, servicios de bienestar social ... 01 centro de personas adultas mayores 02 centro hogar de niños 03 colegio/universidad 04 establecimiento de salud 05 iglesia o templo 06 otro 07 No 08 No sabe 98 No responde 99</p> <p>↓ G.55</p> <p>PASE a G.58a</p>	<p>Díganos de cada una de las instituciones u organizaciones a la(s) que usted da servicios, ¿qué tipo de ayuda da usted?</p> <p>ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Dinero 01 Comida 02 Ropa 03 Ayuda con la administración del programa 04 Transporte 05 Ayuda con enseñanza 06 Ayuda en la oficina 07 Otro 08 No sabe 98 No responde 99</p> <p>→ G.56</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia da usted esta ayuda?</p> <p>Veces por Periodo:</p> <p>Día 1 Semana 2 Mes 3 Año 4 Menos de una vez por año 00,5 No sabe 98,8 No responde 99,9</p> <p>→ G.57</p>	SERVICIO VOLUNTARIO	TIPO DE AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS

	G.58a		G.58b	
	¿Durante el último año (12 meses) usted ha estado asistiendo a...?		¿Durante el último año (12 meses) usted ha recibido...?	
NÚMERO DE REGISTRO	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDA. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LÍNEA </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDA. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LÍNEA </div>	
		Centro de día del adulto mayor 1		Comida de algún asilo 1
		Grupo de adultos mayores 2		Comida de centro de trabajo 2
		Hospital para adulto mayor 3		Comida hogar de ancianos 3
		Iglesia de apoyo al adulto mayor 4		Comedor popular 4
		Club del IESS 5		Servicio social a domicilio 5
		Otro (<i>Especifique</i>) 6		Otro 6
		Ninguno 7		Ninguno 7
		No sabe 8		No sabe 8
		No responde 9		No responde 9
	↓ G.58a		↓ G.58b	
1	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
2	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
3	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
4	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
5	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
6	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
7	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
8	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
9	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
10	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
11	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	
12	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

H.6

¿A lo mejor la semana pasada realizó o ayudó a realizar alguna actividad, aunque sea sin remuneración?, como por ejemplo:

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- Vendió algún producto?..... 01
- Hizo algunos productos para vender? 02
- Lavó, planchó o cocinó, reparó electrodomésticos, cuidó niños o cualquier otra tarea a cambio de un pago? 03
- Ayudó a trabajar en actividades agrícolas o en la cría de animales? 04
- No leer → No realizó ninguna de estas actividades? 05
- No sabe 98
- No responde 99

P
A
S
E
a
H
9

H.7

¿A qué edad dejó usted de trabajar?

- Años
- No sabe 998
- No responde 999

H.8

¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no trabaja?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO SÓLO UNA RESPUESTA

- No consigue trabajo 1
- Problemas de salud 2
- Me jubilaron por la edad 3
- Me dejaron cesante 4
- Mi familia no quiere que trabaje 5
- Otro 6
Especifique
- No sabe 8
- No responde 9

H.9

Ahora me voy a referir a su trabajo actual o al último que realizó.

¿Cuál es el nombre de la ocupación u oficio que usted desempeñó en su trabajo u ocupación (principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?

- Textual MECÁNICO AUTOMOTRIZ
- No sabe 998
- No responde 999

USO INEC

H.10

¿Cuáles fueron las actividades o tareas más importantes que usted desarrolló en su trabajo u ocupación (principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?

- Textual _____
- No sabe 98
- No responde 99

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

H.11

¿A qué se dedica (dedicaba) el establecimiento donde usted trabaja (trabajó)?

ESTABLECIMIENTO: NEGOCIO, DEPACHO, FÁBRICA, EMPRESA, INSTITUCIÓN, COMPAÑÍA, HOGAR PARTICULAR, ETC.

Textual _____

USO INEC

No sabe 998

No responde 999

H.12

¿En su trabajo principal usted es (era)...

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

Patrono o socio activo 01

Cuenta propia 02

EMPLEADO O ASALARIADO:

- del Municipio o Consejo Provincial 03

- del Estado 04

- del Sector Privado 05

Trabajador familiar sin remuneración 07

No sabe 98

No responde 99

H.13

¿Cuántas horas le dedica (dedicaba) usted a ese trabajo (principal) o actividad?

Al día horas

A la semana horas

Al mes horas

No sabe 998

No responde 999

H.14a

¿Cuántos días a la semana trabajó (en su trabajo principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?

Días

No sabe 98

No responde 99

H.14b

¿Cuántas semanas al año trabajó (en su trabajo principal) en los últimos doce meses (la última vez que trabajó)?

Semana

No sabe 98

No responde 99

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>H.15 ¿La ocupación u oficio que usted desempeña (la última que desempeñó) es la que ha realizado durante la mayor parte de su vida?</p>	<p>Si 1 → PASE a H.18</p> <p>No..... 2</p> <p>Trabajó por poco tiempo 3 → PASE a H.21</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>H.16 ¿Cuál es la ocupación en la que trabajó la mayor parte de su vida?</p>	<p>Textual _____ USO INEC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No sabe 998</p> <p>No responde 999</p>
<p>H.17 ¿Por qué cambió de ocupación?</p>	<p>Textual _____ USO INEC <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No sabe 998</p> <p>No responde 999</p>
<p>H.18 ¿Por cuántos años se ha dedicado (se dedicó) a esa ocupación?</p>	<p>Años <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe 98</p> <p>No responde 99</p>
<p>H.19 ¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho a usted si tiene un problema de salud provocado por las condiciones de esta ocupación?</p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2 } PASE a H.21</p> <p>No sabe 8 }</p> <p>No responde 9 }</p>
<p>H.20 ¿Qué tipo de problema es éste?</p>	<p>Textual _____ USO INEC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No sabe 998</p> <p>No responde 999</p>

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

H.21 **FILTRO**

Trabajo actual. Ver preguntas H.5 y H.6

Trabaja actualmente 1

No trabaja 2 →

PASE a H.26

H.22

¿Cuál es la razón principal por la que trabaja?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO UNA SOLA RESPUESTA

Tengo necesidad del ingreso 1

Para ayudar a mi familia 2

Para mantenerme ocupado 3

Para sentirme útil 4

Porque me gusta mi trabajo 5

Otro 6

Especifique

No sabe 8

No responde 9

H.23

En su trabajo, ¿usted recibe alguno de los siguientes beneficios?

LEA CADA OPCIÓN Y ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

Bonos 01

Participación en las utilidades 02

Jubilación o pensión 03

Servicios médicos privados 04

Aguinaldo (bonos de Navidad) 05

Bonos de alimentos 06

Otro 07

Especifique

Ninguno 08

No sabe 98

No responde 99

H.24

En ese trabajo ¿cómo le pagan?

ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Salario fijo (mensual o quincenal) 01

Por hora o día 02

A destajo 03

Por comisión o porcentaje 04

Por honorarios 05

Por propinas 06

En especie 07

Por ganancias..... 08

¿Otro? 09

Especifique

No le pagan 10 →

No sabe 98

No responde 99

PASE a H.26

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

H.25

En total, ¿cuánto gana usted por éste y otros trabajos que realiza y cada que tiempo recibe esa cantidad?

ESCOJA LA ALTERNATIVA QUE MÁS SE AJUSTE

- Al día 1
- A la semana 2
- A la quincena 3
- Al mes 4
- Al año 5
- No sabe 98
- No responde 99

H.26	H.27a Monto	H.27b Frecuencia														
<p>¿Recibe usted ingresos por ...</p> <p>LEA CADA OPCIÓN Y ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS</p> <p>Jubilación o pensión? 1</p> <p>Ayuda de familiares desde otro país?... 2</p> <p>Ayuda de familiares dentro del país? ... 3</p> <p>Alquiler (renta) o ingresos bancarios? .. 4</p> <p>Bono de desarrollo humano? 5</p> <p>Otro? _____ 6</p> <p align="center"><i>Especifique</i></p> <p>Ninguno 7</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>¿Cuánto recibe usted por (BENEFICIO en H.26)?</p> <p>PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA EN H.26, PREGUNTE H.27a Y H.27b</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p>¿Con qué frecuencia recibe usted (BENEFICIO en H.26)?</p> <p>a la semana.....1</p> <p>a la quincena 2</p> <p>al mes3</p> <p>al año4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">Periodo</th> <th align="center">Veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	Periodo	Veces	<input type="text"/>											
Periodo	Veces															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<p>} PASE a H.29a</p>																

H.27c **FILTRO**

Recibe ingresos. Ver preguntas H.23, H.24 y H.26.

- Si 1
- No 2 → PASE a H.29a

H.28

¿Cuántas personas dependen de sus ingresos o ayudas?

INCLUYA A LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESTOS INGRESOS

- Sólo la persona adulta mayor 01
- Número de personas
- No sabe 98
- No responde 99

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

Le voy a mencionar diferentes gastos de la vida diaria y quisiera que me dijera si usted los paga o alguien más lo hace.	Lo paga usted		Alguien más	No los hace	No Responde
	Si, todo	Si, en parte			
H.29a Casa	1	2	3	4	9
H.29b Comida	1	2	3	4	9
H.29c Ropa	1	2	3	4	9
H.29d Gastos médicos	1	2	3	4	9
H.29e Paseos y transporte	1	2	3	4	9
H.29f Otro _____ <i>Especifique</i>	1	2	3	4	9

H.30

¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades del vivir diario?

- Si 1
- No..... 2
- No sabe 8
- No responde 9

HORA DE TERMINACIÓN: _____

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

J.1

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de esta vivienda.

¿Esta vivienda es:

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- Casa o villa?..... 1
- Departamento (apartamento)?..... 2
- Cuarto(s) en casa de inquilinato?..... 3
- Mediagua?..... 4
- Rancho?..... 5
- Covacha?..... 6
- Choza? 7
- Otro? _____ 8
Especifique

J.2

¿La vivienda es:

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- Propia 1
- Arrendada 2
- En anticresis 3
- Gratuita 4
- Por servicios 5
- Otro _____ 7
Especifique
- No sabe 8
- No responde 9

J.3

¿Tiene luz eléctrica esta vivienda?

- Si..... 1
- No..... 2

J.4a

¿Cómo se obtiene el agua para la vivienda?

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- Por tubería dentro de la vivienda 1
- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno 2
- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno 3
- No recibe agua por tubería, sino por otros medios 4

J.4b

¿De dónde proviene el agua que recibe?

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- De red pública 1
- De pozo 2
- De río, vertiente, acequia o canal 3
- De carro repartidor 4
- Otro (ej. de agua lluvia) _____ 5
Especifique

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>J. 5a ¿Dispone de alcantarillado esta vivienda?</p>	<p>Si 1 No 2 → PASE a J.6</p>
<p>J.5b ¿Cómo se eliminan las aguas negras o servidas de esta vivienda?</p>	<p>Por red pública de alcantarillado 1 Por pozo ciego 2 Por pozo séptico 3 De otra forma 4 <i>Especifique</i></p>
<p>J.6 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?</p>	<p>Entablado o parquet 1 Baldosa o vinyl 2 Ladrillo o cemento 3 Caña 4 Tierra 5 Otros materiales 6 <i>Especifique</i></p>
<p>J.7 Sin contar la cocina ni el baño ¿cuántos cuartos o piezas tiene esta vivienda?</p>	<p>Número de cuartos..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>J.8 ¿Tiene esta vivienda cuarto, pieza o espacio exclusivo para cocinar?</p>	<p>Si 1 No 2</p>
<p>J.9 ¿Qué tipo de combustible se usa para cocinar?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p>	<p>Gas natural por tubería (centralizado)..... 1 Cilindro de gas 2 Electricidad 3 Gasolina 4 Kérex o diesel 5 Leña o carbón 6 Otro 7 <i>Especifique</i> Ninguno (no cocina) 8</p>
<p>J.10 ¿El servicio higiénico que tiene esta vivienda es?</p>	<p>Excusado de uso exclusivo de la vivienda ... 1 Excusado de uso común a varias viviendas .. 2 Letrina 3 } PASE a J.12 No tiene 4 }</p>
<p>J. 11 ¿Tiene el excusado (baño) conexión de agua?</p>	<p>Si 1 No 2</p>

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

J.12

¿Alguien de este hogar posee...

LEA CADA OPCIÓN Y ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

- Bicicleta? 1
- Motocicletas o motoneta? 2
- Automóvil? 3
- Otro vehículo? 4
- Ningún vehículo? 5
- No responde 9

J.13

Tiene este hogar...

LEA CADA OPCIÓN Y ENCIERRE CON UN CÍRCULO TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

- Refrigerador? 01
- Lavadora? 02
- Calentador de agua (calefón)? 03
- Horno de microondas? 04
- Televisión? 05
- Teléfono convencional? 06
- Videocassetera/DVD? 07
- Radio, equipo de sonido, modular?..... 08
- Calefacción? 09
- Aire acondicionado? 10
- Ventilador? 11
- Ninguna 97

HORA DE TERMINACIÓN: _____

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

K.1
Toma de presión
 (Límite tolerable ± 10 mmHg)

Presión 01 /

Presión 02 /

Presión 03 /

SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A ± 10 mmHg

PARA LA EXTREMIDAD CORRESPONDIENTE ANOTE LO APROPIADO		SI	NO
PARA EL BRAZO IZQUIERDO (EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA)			
K.1a	¿Tiene todos los dedos?	1 PASE a K.2a	2
K.1b	¿Tiene la mano?	1 PASE a K.1e	2
K.1c	¿Tiene el antebrazo?	1 PASE a K.1e	2
K.1d	¿Tiene el brazo?	1 PASE a K.1e	2
K.1e	¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
PARA EL BRAZO DERECHO (EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA)			
K.2a	¿Tiene todos los dedos?	1 PASE a K.3a	2
K.2b	¿Tiene la mano?	1 PASE a K.2e	2
K.2c	¿Tiene el antebrazo?	1 PASE a K.2e	2
K.2d	¿Tiene el brazo?	1 PASE a K.2e	2
K.2e	¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
PARA LA PIERNA IZQUIERDA (EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA)			
K.3a	¿Tiene todos los dedos?	1 PASE a K.4a	2
K.3b	¿Tiene el pie?	1 PASE a K.3e	2
K.3c	¿Tiene la pierna?	1 PASE a K.3e	2
K.3d	¿Tiene el muslo?	1 PASE a K.2e	2
K.3e	¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
PARA LA PIERNA DERECHA (EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA)			
K.4a	¿Tiene todos los dedos?	1 PASE a K.5	2
K.4b	¿Tiene el pie?	1 PASE a K.4e	2
K.4c	¿Tiene la pierna?	1 PASE a K.4e	2
K.4d	¿Tiene el muslo?	1 PASE a K.4e	2
K.4e	¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2

**TOMA DE DOS MEDIDAS PARA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN
(TERCERA MEDIDA, SEGÚN INDICACIÓN RESPECTIVA).**

<p>K. 5 Para medir su estatura, necesito que se quite los zapatos. Ponga los pies y talones juntos. Párese tocando la pared con la espalda y la cabeza. Mire hacia delante. Altura: Límite tolerable ± 1 centímetro</p>	<p>Altura 01 [][][][] cm } Altura 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A ± 1 cm. Altura 03..... [][][][] cm ← No puede pararse 999</p>
<p>K.6 Medida de la altura de la rodilla Limite tolerable: $\pm \frac{1}{2}$ centímetro</p>	<p>Altura 01 [][][][] cm } Altura 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A $\pm \frac{1}{2}$ cm. Altura 03..... [][][][] cm ←</p>
<p>K.7 Circunferencia del brazo Limite tolerable: $\pm \frac{1}{2}$ centímetro</p>	<p>Circunferencia del brazo 01 [][][][] cm } Circunferencia del brazo 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A $\pm \frac{1}{2}$ cm. Circunferencia del brazo 03 [][][][] cm ←</p>
<p>K.8 Cintura Limite tolerable: $\pm \frac{1}{2}$ centímetro</p>	<p>Cintura 01 [][][][] cm } Cintura 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A $\pm \frac{1}{2}$ cm. Cintura 03..... [][][][] cm ← No puede pararse 999</p>
<p>K.9 Cadera Limite tolerable: $\pm \frac{1}{2}$ centímetro</p>	<p>Cadera 01 [][][][] cm } Cadera 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A $\pm \frac{1}{2}$ cm. Cadera 03..... [][][][] cm ← No puede pararse 999</p>
<p>K.10 Pliegue tricipital Limite tolerable: ± 1 milímetro</p>	<p>Pliegue tricipital 01 [][][][] cm } Pliegue tricipital 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A ± 1 mm. Pliegue tricipital 03 [][][][] cm ←</p>
<p>K.11 Peso Limite tolerable ± 1 libra o $\frac{1}{2}$ kilo</p>	<p>Peso 01 [][][][] . [] Kg } Peso 02 [][][][] . [] Kg } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A ± 1 libra o $\frac{1}{2}$ kilo Peso 03 [][][][] . [] Kg ← No puede pararse 999</p>
<p>K.12 Circunferencia de pantorrilla Limite tolerable $\pm \frac{1}{2}$ centímetro</p>	<p>Circunferencia de pantorrilla 01 [][][][] cm } Circunferencia de pantorrilla 02 [][][][] cm } SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A $\pm \frac{1}{2}$ cm. Circunferencia de pantorrilla 03 [][][][] cm ←</p>

**TOMA DE DOS MEDIDAS PARA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN
(TERCERA MEDIDA, SEGÚN INDICACIÓN RESPECTIVA)**

K.13
Ancho de muñeca
Limite tolerable: $\pm \frac{1}{2}$ centímetro

Ancho de muñeca 01 cm }
 Ancho de muñeca 02 cm }
 Ancho de muñeca 03 cm ←

SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A $\pm \frac{1}{2}$ cm.

K.13a
Media de Brazada
Limite tolerable: ± 1 centímetro

Media de Brazada 01 cm }
 Media de Brazada 02 cm }
 Media de Brazada 03 cm ←

SI LA DIFERENCIA ES MAYOR A ± 1 cm.

SR. ENCUESTADOR
En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

K.14
¿Ha tenido usted alguna operación en los brazos o en las manos en los últimos tres meses?

Si 1 →
 No..... 2
 No sabe 8
 No responde..... 9

PASE A LA SECCIÓN L

K.15
Voy a usar un instrumento que se llama Dinamómetro para probar la fuerza de la mano. Esta prueba sólo la puedo hacer si usted NO ha tenido ninguna cirugía en el brazo o en la mano, en los últimos tres meses.

Usando el brazo que usted cree es el más fuerte, ponga el codo sobre la mesa y la palma de la mano hacia arriba. Tome las dos piezas de metal juntas así (haga la demostración). Dígame si tengo que ajustar el aparato a su tamaño.

Cuando yo le avise, apriete tan fuerte como le sea posible. Las dos piezas de metal no se moverán, pero yo podré leer con cuánta fuerza puede usted apretar. Voy a hacer la prueba dos veces. Me detengo si usted siente cualquier dolor o molestia.

Apunte la mano usada:

1. Derecha 2. Izquierda

Primera vez:

Trató, pero no pudo 95
 No se intentó por seguridad 96
 Entrevistado incapacitado 97
 Rehusó hacerlo 98

Completó la prueba:
 kg

Esperere por lo menos dos minutos

Segunda vez:

Trató, pero no pudo 95
 No se intentó por seguridad 96
 Entrevistado incapacitado 97
 Rehusó hacerlo 98

Completó la prueba:
 kg

SECCIÓN L. FLEXIBILIDAD Y MOVILIDAD

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PARA CONTINUAR NECESITO HACER ALGUNAS PRUEBAS CON EL FIN DE MEDIR SU MOVILIDAD Y FLEXIBILIDAD, PRIMERO LE VOY A MOSTRAR CÓMO HACER CADA MOVIMIENTO Y LUEGO ME GUSTARÍA QUE USTED TRATARA DE HACERLO. SI CREE QUE NO PUEDE O CREE QUE ES PELIGROSO PARA USTED, LE RUEGO QUE ME LO DIGA Y PASAREMOS A OTRA PRUEBA.

L.1 FILTRO
Incapacitado para realizar cualquier prueba de flexibilidad y movilidad.

Si 1 → **PASE a SECCIÓN M**
 No 2

L.1a
Quiero que trate de pararse con los pies juntos manteniendo los ojos abiertos. Le ruego mantener esa posición hasta que yo le avise (diez segundos). Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero trate de no mover los pies.

Trató, pero no pudo 95 } **PASE a L.4**
 No se intentó por seguridad 96 }
 Rehusó hacerla 98

Realizó la prueba durante:
 [] [] segundos

L.2
Ahora quiero que trate de pararse con el talón de un pie frente del otro pie por unos diez segundos. Usted puede usar cualquier pie, con el que se sienta más a gusto. Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover su cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero procure no mover los pies. Le ruego mantener esa posición hasta que yo le avise (diez segundos).

Trató, pero no pudo 95 } **PASE a L.4**
 No se intentó por seguridad 96 }
 Rehusó hacerla 98

Realizó la prueba durante:
 [] [] segundos

L.3
Estando de pie, me gustaría que usted intente pararse en un solo pie sin apoyarse o agarrarse de ninguna cosa. Puede intentarlo con cualquiera de sus piernas, después probaremos con la otra...

Voy a contar el tiempo, así le avisaré cuando empezar y cuando terminar (diez segundos). Podemos parar en cualquier momento que usted sienta que pierde el equilibrio.

Pie derecho

Trató, pero no pudo 95
 No se intentó por seguridad 96
 Rehusó hacerla 98

Realizó la prueba durante:
 [] [] segundos

Pie izquierdo

Trató, pero no pudo 95
 No se intentó por seguridad 96
 Rehusó hacerla 98

Realizó la prueba durante:
 [] [] segundos

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

L.4
¿Se siente usted capacitado(a) para levantarse rápidamente de la silla cinco veces?

Si 1
No 2 → **PASE a L.8**

L.5
Ahora quiero que intente pararse y sentarse en una silla cinco veces.

Trató, pero no pudo 95
No se intentó por seguridad 96 } **PASE a L.8**
Rehusó hacerla 98
Completó la prueba en:
 | | | segundos

L.6
¿Se siente usted seguro de si mismo para tratar de levantarse de la silla con los brazos en el pecho cinco veces?

Si 1
No 2 → **PASE a L.8**

L.7
Ahora manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho, por favor párese tan rápido como pueda, cinco veces sin hacer pausas. Después de cada vez que se levante, siéntese y párese de nuevo.

Trató, pero no pudo 95
No se intentó por seguridad 96
Rehusó hacerla 98
Completó la prueba en:
 | | | segundos
Apunte altura de la silla al piso
 | | | cm

L.8
¿Ha tenido usted una operación de cataratas o una intervención en la retina en las últimas seis semanas?

Si 1 → **PASE a SECCIÓN M**
No 2
No sabe 8
No responde 9

L.9
En la próxima actividad hay que agacharse y recoger un lápiz. Este es un movimiento que haríamos solo si usted NO ha tenido una operación de cataratas en las últimas seis semanas.

Estando de pie, por favor agáchese, recoja este lápiz y enderécese.

PONGA EL LÁPIZ EN EL PISO, AL FRENTE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ENTREVISTADA, Y AVÍSELE CUANDO COMENZAR. SI LA PERSONA ADULTA MAYOR ENTREVISTADA NO PUEDE HACERLO EN MENOS DE 30 SEGUNDOS, NO DEJE QUE SIGA

Trató, pero no pudo 95
No se intentó por seguridad 96
Rehusó hacerla 98
Completó la prueba en:
 | | | segundos

SECCIÓN M. MALTRATO Y VIOLENCIA

HORA DE INICIO: _____

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>M.1</p> <p>Le han amenazado con hacerle daño físico?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>M.2</p> <p>Le han empujado o le han halado el cabello?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>M.3</p> <p>Le han amenazado con llevarle a un asilo o casa para personas de edad?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>M.4</p> <p>Le han insultado?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>
<p>M.5</p> <p>Alguien le ha manejado o maneja su dinero o bienes sin su consentimiento?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

SECCIÓN M. MALTRATO Y VIOLENCIA

SR. ENCUESTADOR, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

M.6
Le han presionado para que deje usted de ser propietario de su casa o de alguna otra propiedad?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

M.7
Le han dejado de darle el dinero que requiere para sostenerse?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

M.8
Le han dejado de dar alimentos o medicamentos que necesita?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

M.9
Le han dejado solo por largos períodos de tiempo?

- Si 1
- No 2
- Vive solo 3
- No sabe 8
- No responde 9

M.10
Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quería?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

HORA DE TERMINACIÓN: _____