

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES

ENCUESTA NACIONAL DE DESNUTRICIÓN INFANTIL - ENDI 2022-2023

1

FORMULARIO DEL HOGAR

FORMULARIO ☐ DE ☐

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

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana	<input type="checkbox"/>	2. Área Rural	<input type="checkbox"/>
3. Provincia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Cantón	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Cabecera cantonal o parroquial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Conglomerado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Zona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Sector	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. No. Secuencial de la vivienda original	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Número de hogares en la vivienda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Período	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

RESULTADO DE LA ENCUESTA	
1. Completa (efectiva)	<input type="checkbox"/>
2. Rechazo	<input type="checkbox"/>
3. Nadie en casa	<input type="checkbox"/>
4. Vivienda temporal	<input type="checkbox"/>
5. Vivienda desocupada	<input type="checkbox"/>
6. Vivienda en construcción	<input type="checkbox"/>
7. Vivienda inhabitable o destruida	<input type="checkbox"/>
8. Vivienda convertida en negocio	<input type="checkbox"/>
9. Vivienda sin menores de 5 años	<input type="checkbox"/>
10. Otra razón, cuál?	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

C. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EFECTIVA

Manzana:	<input type="text"/>	Edificio:	<input type="text"/>
Calle:	<input type="text"/>		
Localidad:	<input type="text"/>		
Lote No.	Bloque No.	Patio No.	
Piso No.	Casa No.	Depart. No.	

D. DATOS DEL HOGAR

Número de miembros del hogar:	<input type="text"/>
Nombre del informante calificado:	N° Telf.: <input type="text"/>
	N° Cel.: <input type="text"/>
Escriba la altitud /metros sobre el nivel del mar (msnm):	<input type="text"/>

E. PERSONAL RESPONSABLE

RESPONSABLE ZONAL:	CI:	<input type="text"/>
SUPERVISOR:	CI:	<input type="text"/>
ENCUESTADOR:	CI:	<input type="text"/>
ANTROPOMETRISTA:	CI:	<input type="text"/>
REVISOR DE CALIDAD:	CI:	<input type="text"/>

F. FECHA DE LA ENTREVISTA

Fecha:	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ , soy funcionario/a del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC; estamos visitando los hogares a nivel Nacional con la finalidad de conversar sobre temas de desnutrición infantil, vivienda, entre otros. La información que nos proporcione es confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar la efectividad de los programas sociales, y de salud de todo el país.

SECCION 1. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR - (PARA TODAS LAS PERSONAS)

MIEMBROS DEL HOGAR					PARENTESCO	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO				¿ (...) está inscrita/o en el Registro Civil ecuatoriano?
Por favor, ¿me podría informar los nombres y apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar, comenzando por la/el representante del hogar? <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> No omita los nombres de las personas adultas mayores y niños recién nacidos </div>					¿Qué parentesco o relación tiene (...) con la/el representante del hogar? - Representante del hogar.....1 - Cónyuge o conviviente..... 2 - Hija o hijo..... 3 - Hijastra o hijastro 4 - Nuera o yerno..... 5 - Nieta o nieto..... 6 - Madre o padre..... 7 - Suegra o suegro..... 8 - Otro pariente..... 9 - Otro no pariente.....10	¿Cuál fue el sexo de (...) al nacer? Hombre.....1 Mujer..... 2	¿Cuántos años cumplidos tiene (...)? 	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (...)? 				
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO					AÑOS	DÍA	MES	AÑO

[illegible]

SECCION 1. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR - (PARA TODAS LAS PERSONAS)

CEDULA DE IDENTIDAD											PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS						¿ Tiene (...) carné de discapacidad emitido por el CONADIS o el MSP?	¿ Qué porcentaje tiene (...)?	¿ Cómo se identifica (...) según su cultura y costumbres:		
¿ (...) Tiene número de cédula de ciudadanía o identidad ecuatoriana?	¿Cuál es el número?										¿Tiene:	¿ Tiene (...) dificultad permanente para:									
Si.....1 <div>No..... 2 Pase a Preg 6.2</div> <div>No Sabe/No responde.... 9 Pase a Preg. 7</div>	<div>Pase a Preg. 7</div>										Pasaporte u otro documento de identidad de su país de origen?1 No tiene documento alguno?.....2	- Caminar o subir o bajar gradas/escaleras?.....A - Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?.....B - Hablar, comunicarse o conversar?.....C - Oír, aun usando aparato auditivo?.....D - Ver, aun usando lentes?.....E - Recordar, entender o concentrarse?.....F <div>No tiene dificultad?...1</div> <div>Mucha dificultad?.....3</div> <div>Alguna dificultad?....2</div> <div>Total dificultad?.....4</div>						<div>Si.....1</div> <div>No.....2 Pase a P.10</div>			
Cod. Per.	CÓD	NÚMERO										CÓDIGO	A	B	C	D	E	F	8	9	10
	6	6.1										6.2	7						8	9	10
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR					CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR				ESTADO CONYUGAL		ELEGIBILIDAD		
¿El padre de (...) vive en este hogar?		¿La madre de (...) vive en este hogar?		¿Asiste (...) actualmente a la educación regular o formal?	¿El establecimiento de enseñanza al que asiste (...) es:	¿Cuál es el nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó (...)?		Para personas de 5 años y más		Para personas de 12 años y más		ENCUESTADOR/A SI ES MUJER DE 10 A 49 AÑOS ASIGNE EL CÓDIGO 1, CASO CONTRARIO ASIGNE EL CÓDIGO 2	ENCUESTADOR/A ASIGNE CÓDIGO 1 A LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, O MUJERES DE 10 A 49 AÑOS. CASO CONTRARIO ASIGNE EL CÓDIGO 2
Si.....1 No.....2		Si...1 No..2		De forma presencial o virtual a un Centro de Desarrollo Infantil, CNH, Guardería, Alfabetización, Educación Inicial, Escuela, Colegio, educación Superior, Técnica, Universidad, Escuelas Politécnicas SI.....1 NO...2 Pase a Preg.15	Fiscal (del Estado)? ...1 Particular (privado)?.....2 Fiscomisional?...3 Municipal?.....4	Ninguno.....1 Centro de desarrollo infantil/Creciendo con nuestros hijos/Guardería..... 2 Educación Inicial/Preescolar/SAFPI.....3 Alfabetización (EBJA).....4 Primaria.....5 Educación General Básica (EGB).....6 Secundaria.....7 Bachillerato8 Pase a Preg. 18 Ciclo Postbachillerato (no superior).....9 Educación Técnica o Tecnológica Superior (institutos superiores técnicos y tecnológicos) ...10 Educación Superior (universidades, escuelas politécnicas).....11 Maestría/Especialización.....12 PHD/Doctorado.....13 Pase a Preg. 17		¿Sabe (...) leer y escribir? SI....1 NO...2 Pase a Preg. 18	¿(...) obtuvo algún título en el nivel que indica? SI.....1 NO.....2	¿Actualmente el estado conyugal de (...) es: Unida/o?.....1 Separada/o?....2 Divorciada/o?...3 Viuda/o?.....4 Casada/o?.....5 Soltera/o?.....6			
CÓD.	CÓD. PERS.	CÓD.	CÓD. PERS.			NIVEL	AÑO APROBADO						
COD PER	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

¿La semana pasada (...): Trabajó al menos una hora para generar un ingreso?..... 1 → Pase a Preg. 6 Realizó algún trabajo ocasional (cachuelo o chaucha) por un pago?.... 2 Atendió un negocio propio?..... 3 Ayudó en algún negocio o empleo de algún miembro de su hogar?..... 4 No trabajó, pero Si tiene un trabajo al que seguro va a volver?(por vacaciones, enfermedad, etc.)?..... 5 Hizo o ayudó en labores agrícolas, cría de animales o pesca?..... 6 → Pase a Preg. 3 NO TRABAJÓ?..... 7 → Pase a Preg. 4	El trabajo que realizó (...) fue en labores agrícolas, cría de animales o pesca? <div>Si 1</div> <div>No 2</div> Pase a Preg. 6	¿Los productos agrícolas o la cría de animales en los que trabajó (...), fueron: <div>Todo para la venta?..... 1</div> <div>La mayor parte para la venta?..... 2</div> Pase a Preg. 6 <div>La mayor parte para consumo del hogar?..... 3</div> <div>Todo para consumo del hogar?..... 4</div>	En las últimas cuatro semanas, ¿hizo (...) alguna gestión para buscar trabajo y está disponible para trabajar? <div>Si 1</div> Pase a Preg. 8 <div>No 2</div>	¿Si no trabajó ni ha buscado trabajo (...): Es rentista?..... 1 Es jubilada/o o pensionista?..... 2 Es estudiante?..... 3 Realiza quehaceres del hogar?..... 4 Le impide trabajar su discapacidad?..5 Otro, cuál?..... 6 Pase a Preg. 8	SITUACIÓN EN LA OCUPACIÓN ¿En el Trabajo o negocio que indica (...) es: Empleada/o u obrera/o privado?.....1 Empleada/o u obrera/o del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial?.....2 Jornalera/o o peón?.....3 Empleada/o doméstica/o?.....4 Patrona/o?.....5 Cuenta propia?.....6 Socia/o?.....7 Trabajadora/or familiar no remunerado?.....8
---	--	--	--	--	--

COD PER	1	2	3	4	5	6
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES		OTROS INGRESOS													
¿Cuántos trabajos tuvo (...) en la semana pasada? Uno.....1 Más de uno...2		¿(...) Aporta actualmente al: - IESS, Seguro General?.....1 - IESS, Seguro Voluntario?.....2 - IESS Seguro Campesino?.....3 - Seguro ISSFA?.....4 - Seguro ISSPOL?.....5 - No aporta es jubilada/o del IESS/ISSFA/ISSPOL?..... 6 - No aporta?..... 7		O C U P A C I Ó N P R I N C I P A L											
				PATRONA/O, CUENTA PROPIA Y SOCIA/O (Si en pregunta 6 registraron códigos: 5, 6 o 7)				ASALARIADOS Y EMPLEADOS DOMÉSTICOS (Si en pregunta 6 registraron códigos: 1,2,3 y 4)							
				En el mes de ¿cuál fue el monto en dinero que recibió (...) por la venta de los productos, bienes o servicios de su negocio o establecimiento?		En el mes de ¿retiró de su negocio o tomó de lo que produce o vende, bienes, servicios o productos para el consumo del hogar?		En el mes de ¿cuánto gastó para el funcionamiento de su negocio en: compra de mercadería, pago de mano de obra, insumos o materia prima de los productos que vende, produce o los servicios que ofrece?		En el mes de en su ocupación como (...) ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos?		En el mes de ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, comisariatos, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.?		En el mes de, además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.?	
				MONTO		CÓD.	MONTO	MONTO		MONTO		MONTO		CÓD.	MONTO
COD PER	7	8	9	10		11		12		13		14			
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

OTROS INGRESOS PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS																									
INGRESOS ACTIVIDAD ECONÓMICA			INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES		TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS				BONO DE DESARROLLO HUMANO Y PENSIONES		BONO POR DISCAPACIDAD JGL		BONO 1000 DÍAS												
OCUPACIÓN SECUNDARIA																									
ASALARIADOS E INDEPENDIENTES (Si en pregunta 7 registraron código 2)																									
<p>En su (s) otra (s) ocupación (es), ¿cuál fue su ingreso monetario total, ya sea como asalariado o por concepto de ganancia en el mes de.....?</p>		<p>En su (s) otra (s) ocupación (es) ¿recibió por su trabajo pago en especie o retiró del negocio o producción bienes o productos para el consumo del hogar, en el mes de.....?</p>		<p>¿Recibió en el mes de ingresos por concepto de intereses por: cuenta de ahorros, corrientes, préstamos a terceros, hipotecas, bonos por acciones, arriendo de casas, edificios, terrenos, maquinaria, etc.?</p>		<p>¿Recibió en el mes de ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, viudez, invalidez, enfermedad, divorcio, cesantía, etc.?</p>		<p>¿Recibió en el mes de dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que vivan dentro del país?</p>		<p>¿Recibió en el mes de dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior?</p>		<p>¿Recibe el BONO DE DESARROLLO HUMANO O PENSIÓN?</p>		<p>¿Cuánto recibió en el mes de por el BONO DE DESARROLLO HUMANO O PENSIÓN?</p>		<p>¿Recibe el BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA?</p>		<p>¿Cuánto recibió en el mes de por el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA?</p>		<p>¿Recibe el BONO de los 1000 DÍAS?</p>		<p>¿Cuánto recibió en el mes de por el BONO DE los 1000 DÍAS?</p>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO.....2</div>					
MONTO		CÓD.		MONTO		CÓD.		MONTO		CÓD.		MONTO		CÓD.		MONTO		CÓD.		MONTO		CÓD.		MONTO	
COD PER	15	16		17		18		19		20		21	22	23	24	25	26								
01																									
02																									
03																									
04																									
05																									
06																									
07																									
08																									
09																									
10																									
11																									
12																									

SECCIÓN 3: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

(REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

1. TIPO DE VÍA (Observación del encuestador)

- Calle.....	1
- Avenida.....	2
- Carretera.....	3
- Pasaje.....	4
- Callejón.....	5
- Sendero.....	6
- Camino.....	7
- Otro, cuál?.....	8

(Especifique)

2. TIPO DE VIVIENDA (Observación del encuestador)

- Casa o villa.....	1
- Departamento en casa o edificio.....	2
- Cuarto/s en casa de inquilinato.....	3
- Mediagua.....	4
- Rancho.....	5
- Covacha.....	6
- Choza.....	7
- Otro, cuál?.....	8

(Especifique)

3. El material predominante del techo o cubierta de la vivienda es de:

- Hormigón (losa, cemento)?.....	1
- Fibrocemento, asbesto (eternit, eurolit)?.....	2
- Zinc, aluminio (lámina o plancha metálica)?.....	3
- Teja?.....	4
- Palma, paja u hoja?.....	5
- Otro, cuál?.....	6

(Especifique)

4 El estado del techo o cubierta de la vivienda es:

1. Bueno?		2. Regular?		3. Malo?	
-----------	--	-------------	--	----------	--

5. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

- Hormigón?.....	1
- Ladrillo o bloque?.....	2
- Panel prefabricado (yeso, fibrocemento, etc.)?....	3
- Adobe o tapia?.....	4
- Madera?.....	5
- Caña revestida o bahareque?.....	6
- Caña no revestida?.....	7
- Otra, cuál?.....	8

(Especifique)

6. El estado de las paredes exteriores de la vivienda es:

1. Bueno?		2. Regular?		3. Malo?	
-----------	--	-------------	--	----------	--

7. El material predominante del piso de la vivienda es de:

- Duela, parquet, tablón o piso flotante?.....	1
- Cerámica, baldosa, vinil o porcelanato?.....	2
- Mármol o marmetón?.....	3
- Ladrillo o cemento?.....	4
- Tabla sin tratar?.....	5
- Caña sin tratar?.....	6
- Tierra?.....	7
- Otro, cuál?.....	8

(Especifique)

8. El estado del piso de la vivienda es:

1. Bueno?		2. Regular?		3. Malo?	
-----------	--	-------------	--	----------	--

9. ¿El agua que recibe la vivienda es:

- 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

10. Principalmente, ¿El agua que recibe la vivienda proviene o es suministrada por:

- Empresa pública/Municipio?.....	1
- Juntas de Agua/Organizaciones comunitarias/GAD parroquial?.....	2
- Pozo?.....	3
- Carro o tanquero repartidor?.....	4
- Otras fuentes (río, vertiente, acequia, canal, grieta o agua lluvia)?.....	5

11. ¿El servicio higiénico de la vivienda es :

- Inodoro o escusado, conectado a red pública de alcantarillado?.....	1	Pase a Preg.12
- Inodoro o escusado, conectado a pozo séptico?.....	2	
- Inodoro o escusado, conectado a biodigestor?.....	3	
- Inodoro o escusado, conectado a pozo ciego?.....	4	
- Inodoro o escusado, con descarga directa al mar, río, lago o quebrada?.....	5	Pase a Preg.12
- Letrina?.....	6	Pase a Preg.11b
- No tiene.....	7	Pase a Preg.11e

11a. ¿Los desechos del pozo séptico / pozo ciego/ biodigestor terminan en:

- Permanecen en el pozo séptico/pozo ciego/biodigestor para ser enterrados y/o sellados?.....	1
- Permanecen en el pozo séptico/pozo ciego/ biodigestor para luego ser drenados?.....	2
- No sabe.....	3

Pase a P.11c

11b. ¿Con qué tipo de letrina cuenta el hogar:

- Letrina - hoyo con losa? (recubierta con algún material como cemento, madera, etc.)?.....	1
- Letrina – hoyo sin losa / fosa abierta? (hoyo rudimentario en el suelo)?.....	2

11c. ¿Se observa la presencia de moscas, roedores y malos olores, etc. en la cercanía del pozo séptico/ pozo ciego/biodigestor o letrina?

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

11d. ¿Ha vaciado alguna vez el pozo séptico/ pozo ciego/ biodigestor/ letrina que utiliza?

- Si.....	1	Pase a Preg. 12
- No.....	2	
- No sabe.....	3	

11e. ¿Puesto que mencionó que no tiene servicio higiénico; que hacen principalmente los miembros de este hogar:

- Van al monte, campo, bota en la basura en un paquete ?... 1	Pase a Preg. 12
- Usan una instalación sanitaria cercana y/o prestada?..... 2	

11f. ¿Qué tipo de instalación sanitaria cercana y/o prestada utiliza principalmente el hogar:

- Inodoro o escusado, conectado a red pública de alcantarillado?.....	1
- Inodoro o escusado, conectado a pozo séptico?.....	2
- Inodoro o escusado, conectado a biodigestor?.....	3
- Inodoro o escusado, conectado a pozo ciego?.....	4
- Letrina?.....	5

12. ¿Dispone la vivienda de luz (energía eléctrica) proveniente de la red pública?

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

13. ¿Dispone la vivienda de otra fuente de energía eléctrica distinta a la red pública, como:

- Planta eléctrica privada (generador de luz)?..	1
- Energía solar (panel fotovoltaico)?.....	2
- Energía eólica (a partir del viento)?.....	3
- Otra fuente (desechos vegetales y animales)?..	4
- No dispone.....	5

14. Principalmente, ¿Cómo elimina la basura de la vivienda:

- Por carro recolector?	1
- Por contenedor municipal?	2
- La arroja en terreno baldío?	3
- La quema?	4
- La entierra?	5
- La arroja al río, acequia, canal o quebrada?... 6	
- De otra forma?..... (Especifique)	7

15. Sin contar la cocina, baño(s) y cuartos de negocio, ¿Cuántos cuartos tiene la vivienda, incluyendo sala y comedor?

- Número de cuartos:		
----------------------	--	--

16. Del total de cuartos de este hogar, ¿Cuántos son exclusivos para dormir?

- Número de Dormitorios:		
Ninguno = 00		

17. ¿Este hogar tiene cuarto o espacio exclusivo para cocinar?

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

18. ¿El servicio higiénico, inodoro o escusado que dispone este hogar es :

- De uso exclusivo del Hogar?.....	1
- Compartido con varios hogares?.....	2
- No tiene.....	3

SECCIÓN 3: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

(REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

VIVIENDA

19. ¿Dispone este hogar de espacio con instalaciones y/o ducha para bañarse:

- De uso exclusivo del hogar?.....	<input type="text"/>	1
- Compartido con varios hogares?.....	<input type="text"/>	2
- No tiene.....	<input type="text"/>	3

20. ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza éste hogar para cocinar:

- Gas de tanque o cilindro?.....	<input type="text"/>	1
- Gas centralizado (por tubería)?.....	<input type="text"/>	2
- Electricidad?.....	<input type="text"/>	3
- Leña o carbón?.....	<input type="text"/>	4
- Biogás (residuo vegetales y/o animales, etc.)?..	<input type="text"/>	5
- Otro,(Ej: gasolina, kerex, diesel, etc.)?.....	<input type="text"/>	6
- Ninguno (no cocina).....	<input type="text"/>	7

21. ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

- Propia y totalmente pagada?.....	<input type="text"/>	1	} Pase a P.23
- Propia y la está pagando?.....	<input type="text"/>	2	
- Propia (regalada, donada, heredada o por posesión)?.....	<input type="text"/>	3	
- Arrendada /anticresis?.....	<input type="text"/>	4	} Pase a P.23
- Prestada o cedida (no paga)?.....	<input type="text"/>	5	
- Por servicios?.....	<input type="text"/>	6	

22. ¿Cuál es el valor que paga mensualmente por el arriendo?

Monto en dólares:

23. ¿Tiene este hogar acceso a internet?

Si...	<input type="text"/>	1	No....	<input type="text"/>	2
-------	----------------------	---	--------	----------------------	---

LAVADO DE MANOS

24. ¿Puede mostrarme qué lugar usan con MAYOR FRECUENCIA los miembros del HOGAR para lavarse las manos?

Si....	<input type="text"/>	1	No....	<input type="text"/>	2	Pase a Preg. 27
--------	----------------------	---	--------	----------------------	---	-----------------

25. **ENCUESTADOR/A:** Observe si existe la presencia de agua en el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR

- Si existe agua para el lavado de manos (verifique que la llave/bomba, cuenco, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares tengan agua).....	<input type="text"/>	1
- No existe agua para el lavado de manos.....	<input type="text"/>	2

26. **ENCUESTADOR/A:** Por favor observe cuáles fueron los implementos de aseo que pudo encontrar en el lugar de lavado de manos

CÓDIGO 1 = SI	CÓDIGO 2 = NO
a. Jabón (en barra o líquido)?	<input type="text"/>
b. Detergente (en polvo/ líquido / en pasta)?..	<input type="text"/>
c. Ceniza/barro/arena?	<input type="text"/>
d. Otro, cuál?.....	<input type="text"/>
(Especifique)	

Pase a Sección IV

27. **ENCUESTADOR/A:** Por qué razón no pudo observar el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR:

- El lugar no está en la vivienda /patio o lote.....	<input type="text"/>	1	} Pase a P. 29
- No le permitieron observar el lugar.....	<input type="text"/>	2	
- No tiene un lugar.....	<input type="text"/>	3	
- Otro, cuál ?.....	<input type="text"/>	4	
(Especifique)			

28. ¿Existe agua disponible en el lugar donde los miembros del hogar se lavan las manos frecuentemente?

Si...	<input type="text"/>	1	No....	<input type="text"/>	2
-------	----------------------	---	--------	----------------------	---

29. Utilizan los miembros de este hogar los siguientes implementos de limpieza para lavarse las manos:

CÓDIGO 1 = SI

CÓDIGO 2 = NO

a. Jabón (en barra o líquido)?	<input type="text"/>
b. Detergente (en polvo/ líquido / en pasta)?..	<input type="text"/>
c. Ceniza/barro/arena?	<input type="text"/>
d. Otro, cuál?.....	<input type="text"/>
(Especifique)	

OBSERVACIONES

SECCIÓN 4: SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA MENORES DE 5 AÑOS (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

<p>ENCUESTADOR/A: lea en forma pausada.</p> <p>A continuación se realizarán preguntas relacionadas a la seguridad alimentaria de su hogar.</p> <p>Considere que en las siguientes preguntas la frase "falta de dinero u otros recursos" se refiere a falta de recursos monetarios y/u otros medios para adquirir alimentos.</p> <p>Además, no considere como motivos de su respuesta, aspectos relacionados a dietas para perder peso, por salud o motivos religiosos.</p>	Número de orden	<p>1. Me gustaría hacerle algunas preguntas relacionadas a la alimentación de las niñas/os menores de 5 años de su hogar.</p> <p>¿Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> SI 1 NO.....2 N/S.....8 </div>	CÓDIGO
	1	¿Usted se ha preocupado por no tener suficientes alimentos para dar de comer a los niñas/os menores de 5 años de su hogar por falta de dinero u otros recursos?	
	2	Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿Hubo alguna vez en que alguna niña/o menor de 5 años no haya podido comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero u otros recursos?	
	3	¿Hubo alguna vez que alguna niña/o menor de 5 años comió poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos?	
	4	¿Hubo alguna vez en que alguna niña/o menor de 5 años tuvo que dejar de desayunar, almorzar o cenar porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos ?	
	5	Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en que alguna niña/o menor de 5 años comió menos de lo que pensaba que debía comer por falta de dinero u otros recursos?	
	6	¿Hubo alguna vez en que su hogar quedó sin alimentos por falta de dinero u otros recursos?	
	7	¿Hubo alguna vez en que alguna niña/o menor de 5 años sintió hambre pero no comió porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos?	
	8	¿Hubo alguna vez en que alguna niña/o menor de 5 años dejó de comer todo un día por falta de dinero u otros recursos?	

PERCEPCIÓN SOBRE DESNUTRICIÓN					OBSERVACIONES				
<p>2. En su opinión, ¿Cuáles son los 5 principales problemas sociales en el Ecuador: (Comience por el de mayor importancia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inseguridad? 2. Pobreza y desigualdad? 3. desnutrición Infantil? 4. Corrupción y mala gobernanza? 5. Desempleo? 6. Violencia de género? 7. Discriminación? 8. Acceso limitado a servicios de salud? 9. Acceso limitado a Educación? 10. Otros? 88. NS/NR 					<p>3. De acuerdo a su conocimiento ¿La Desnutrición Crónica Infantil se puede identificar cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La niña/o tiene baja estatura (es chiquito comparado a niñas/os de su edad)? 2. La niña/o tiene bajo peso (es muy delgada/o comparado a niñas/os de su edad)? 3. El niño/a tiene anemia? 4. El niño/a tiene sobrepeso? 8. NS/NR 				
A	B	C	D	E					

SECCIÓN 5: ANTROPOMETRÍA (PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS)

Señor/a encuestador/a registre si realizó la medición del PESO y la TALLA de (...)	¿En qué fecha NACIÓ (...)?			Registre la fecha de la MEDICIÓN de (...)			El PESO de (...)			La LONGITUD de (...)			La TALLA de (...)			Registre la razón por la que no pudo tomar el PESO y la LONGITUD/TALLA de (...)? - Ausente1 - Enfermo permanente.....2 - Enfermo temporal.....3 - Rechazo.....4 - Persona con discapacidad...5 - Otro, cuál? ____6
							<div>Registrar el peso en Kg.</div> <div>Si la diferencia entre Peso 1 y Peso 2 es mayor a ± 0.5 Kg., realizar la toma del Peso 3</div>			<div>Registrar la longitud en cm.</div> <div>menores de 2 años</div> <div>Si la diferencia entre Longitud 1 y Longitud 2 es mayor a ± 0.5 cm., realizar toma de la Longitud 3</div> <div>CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN</div>			<div>Registrar la talla en cm.</div> <div>2 años y más</div> <div>Si la diferencia entre Talla 1 y Talla 2 es mayor a ± 0.5 cm., realizar la toma de la Talla 3</div> <div>CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN</div>			
<div>SI1</div> <div>NO..... 2</div> <div>Pase a P. 7</div>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	Peso 1	Peso 2	Peso 3	Long. 1	Long. 2	Long. 3	Talla 1	Talla 2	Talla 3	

COD PER	1	2						3						4						5						6						7	COD PER																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
01																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				</

SECCIÓN: 6 PRUEBA DE ANEMIA (PARA NIÑOS/AS DE 6 MESES A MENORES DE 5 AÑOS Y MADRES)

COMO PARTE DE ESTE ESTUDIO, ESTAMOS INVESTIGANDO LA PRESENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS/AS DE 6 MESES Y MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES CON HIJOS MENORES DE 5 AÑOS EN NUESTRO PAÍS,

ESTA INVESTIGACIÓN AYUDARÁ A DESARROLLAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ANEMIA, POR TAL MOTIVO, SOLICITAMOS QUE USTED PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS Y A SUS MADRES EN LA PRUEBA DE ANEMIA QUE CONSISTE EN TOMAR UNA GOTA DE SANGRE DEL DEDO DEL NIÑO/A, PRUEBA QUE REALIZAMOS CON EQUIPOS PROBADOS Y GARANTIZADOS; E, INSUMOS SEGUROS Y DESCARTABLES PARA CADA PERSONA.

AHORA POR FAVOR DÍGAME SI ACEPTA QUE EL/LA NIÑO/A SE HAGAN LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA.

¿Pregunte por la persona responsable del niño/a de 6 meses a menores de 5 años y registre el número de orden que consta en la ceja o pestaña?		LEA LA DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO A LA PERSONA RESPONSABLE DEL MENOR ¿Acepta que el niño/a o madre se haga la prueba de hemoglobina? <div>SI 1</div> <div>NO.....2</div> <div>Pase a P.6</div> <div>No tiene hijos menores de 5 años o el niño/a es menor de 6 meses..... 3</div> <div>Pase a Secc. 7</div>	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/LD)	Hora de la toma de la hemoglobina		Fecha de la medición			Registre la razón por la que no pudo tomar la hemoglobina de (...)? <div>- Ausente 1</div> <div>- Enfermo permanente.. 2</div> <div>- Enfermo temporal..... 3</div> <div>- Rechazo..... 4</div> <div>- Otro, cuál? 5</div>	OBSERVACIONES
CÓD. PER. M			Hora	Min.	Día	Mes	AÑO			
COD PER	1	2	3	4		5			6	
01			<input type="text"/>							
02			<input type="text"/>							
03			<input type="text"/>							
04			<input type="text"/>							
05			<input type="text"/>							
06			<input type="text"/>							
07			<input type="text"/>							
08			<input type="text"/>							
09			<input type="text"/>							
10			<input type="text"/>							
11			<input type="text"/>							
12			<input type="text"/>							

SECCIÓN 7: PRUEBA DE E.COLI Y CLORO (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

AGUA PARA BEBER

1. ¿El agua que usan para **BEBER** en este hogar **PRINCIPALMENTE** proviene de:

- Red pública?		1
- Pila o llave pública?		2
- Otra fuente por tubería?		3
- Carro repartidor/ triclo tanquero?		4
- Agua embotellada /bidones?		5
- Agua en funda?		6
- Pozo entubado/pozo protegido?		7
- Pozo no protegido?		8
- Manantial/vertiente protegida?		9
- Manantial/vertiente NO protegida?		10
- Recogen agua de la lluvia?		11
- Río o acequia?		12
- Otra, cuál ?		13

(Especifique)

Pase a P. 4

2. ¿Dónde se encuentra esa fuente de agua para **BEBER**:

- En el interior de la vivienda?		1
- En el edificio/patio/lote de la vivienda?		2
- En otro lugar?		3

Pase a Preg. 4

3. ¿Cuánto tiempo se demoran en llegar a la fuente, obtener agua para **BEBER** y regresar?

Minutos:

Si no sabe registre 888

4. ¿En las últimas 2 semanas, pudieron obtener las cantidades necesarias de **AGUA PARA BEBER**?

- Si		1
- No		2
- No sabe		3

5. ¿Podría darme un vaso con agua que los miembros del hogar **BEBEN** habitualmente?

SI...1

NO...2

Pase a P. 10

6. Fecha y hora de toma de la Muestra del **VASO**:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. **ENCUESTADOR/A:** Solicite el ingreso para observar de dónde tomó el vaso de agua:

- Se recolectó directamente de la fuente....		1
- De un contenedor cubierto.....		2
- De un contenedor descubierto.....		3
- No pudo Ingresar/observar.....		4

Identifique y tome la muestra de agua de la fuente

8. **ENCUESTADOR/A** verifique si en las preguntas 1 respondieron las alternativas 1 a la 6

SI...1

NO...2

Pase a P. 10

PRUEBA DE CLORO DEL VASO

9. Registre el resultado de la prueba de Cloro

, **Mg/l**

9a. ¿La muestra se pintó de color rosa?

SI...1

NO...2

10. **ENCUESTADOR/A:** Tiene muestra de:

- Solo vaso.....		1
- Solo fuente.....		2
- Vaso y fuente.....		3
- Ninguna.....		4

Pase a P. 14

Pase a P. 23

Si aún no tiene la muestra, identifique y tome la muestra de agua de la fuente

11. Fecha y hora de toma de la Muestra de la **FUENTE**:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. **ENCUESTADOR/A** verifique si en las preguntas 1 respondieron las alternativas 1 a la 6

SI...1

NO...2

Pase a P. 14

PRUEBA DE CLORO DE LA FUENTE

13. Registre el resultado de la prueba de Cloro

, **Mg/l**

13a. ¿La muestra se pintó de color rosa?

SI...1

NO...2

SEÑOR ENCUESTADOR/A si en la pregunta 10 registra solo fuente alternativa 2, pase a la Preg. 18
PRUEBA E.COLI DEL VASO

14. **INCUBACIÓN VASO**

Fecha/hora inicio:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha/hora final:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL HORAS

15. ¿Es posible leer el resultado?

SI...1

NO...2

Pase a Preg. 17

16. ¿Conteo de colonias azules prueba?

Si es más de 101 colonias registre 101

17. Método de incubación que utilizó:

- Canguro e incubadora eléctrica.....		1
- Canguro.....		2

18. **ENCUESTADOR/A:** (En la pregunta 10 están marcados código 2 o 3)

SI...1

NO...2

Pase a P. 23

PRUEBA E.COLI DE LA FUENTE

19. **INCUBACIÓN FUENTE**

Fecha/hora inicio:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha/hora final :

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL HORAS

20. ¿Es posible leer el resultado?

SI...1

NO...2

Pase a Preg. 22

21. ¿Conteo de colonias azules prueba?

Si es más de 101 colonias registre 101

22. Método de incubación que utilizó:

- Canguro e incubadora eléctrica.....		1
- Canguro.....		2

23. ¿Principalmente, el agua que **BEBEN** los miembros del hogar:

- La beben tal como llega al hogar?.....		1
- Le ponen cloro?		2
- La hierven?.....		3
- Colocan filtros de agua en el grifo o utilizan purificadores de agua?.....		4
- Otro tratamiento?.....		5
- No sabe.....		6

SECCIÓN 7: PRUEBA DE E.COLI Y CLORO (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

PRUEBA DE CONTROL

24. ¿Este hogar tiene prueba de control?

SI...1		NO...2		Fin Form. 1
--------	--	--------	--	----------------

25. INCUBACIÓN

Fecha/hora inicio:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
		2 0 2		

Fecha/hora final:

DÍA	MES	AÑO	HH	MM
		2 0 2		

TOTAL HORAS

--	--

26. ¿Es posible leer el resultado?

SI...1		NO...2		Pase a Preg. 28
--------	--	--------	--	--------------------

27. ¿Conteo de colonias azules prueba?

Si es más de 101
colonias registre 101

--	--	--

28. Método de incubación que utilizó:

- Canguro e incubadora eléctrica.....		1
- Canguro.....		2

OBSERVACIONES