



instituto nacional de estadística y censos

SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES DE HOGARES - SIIH

ENCUESTA ESPECÍFICA DE USO DEL TIEMPO

EUT 2012

REPÚBLICA DEL ECUADOR - NOVIEMBRE 2012



COMISIÓN DE TRANSICIÓN
HACIA EL CONSEJO DE LAS MUJERES
Y LA IGUALDAD DE GÉNERO
Decreto Ejecutivo 1733 R.O. 601- 29 de mayo de 2009

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

FORMULARIO ☐ DE ☐

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Regional:	<input type="checkbox"/>		
2. Área Urbana:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Área Rural:	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3. Provincia:	<input type="checkbox"/>	7. Sector:	<input type="checkbox"/>
4. Cantón:	<input type="checkbox"/>	8. Vivienda (1 - 16):	<input type="checkbox"/>
5. Cabecera Cantonal o Parroquial:	<input type="checkbox"/>	9. Hogar:	<input type="checkbox"/>
6. Zona:	<input type="checkbox"/>	10. Período:	<input type="checkbox"/>

ENCUESTA EFECTIVA: ¿La encuesta fue efectiva en la vivienda?

SI ☐ 1 ☐ } → Vivienda original: ☐

NO ☐ 2 ☐ }

Si es vivienda de reemplazo (cod. 13, 14, 15 y 16) y la encuesta fue efectiva, registre el número de la vivienda a la que reemplaza (1 - 16): N° de Vivienda reemplazada: ☐

2. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Manzana:	<input type="checkbox"/>	Edificio:	<input type="checkbox"/>
Calle / Sendero:	<input type="checkbox"/>		
Lote No.	Bloque No.	Patio No.	<input type="checkbox"/>
Piso No.	Casa No.	Depart. No.	<input type="checkbox"/>
N° Teléfono: <input type="checkbox"/>			

3. DATOS DEL INFORMANTE Y DEL HOGAR

Nombre del Jefe /a de Hogar:	<input type="checkbox"/>
Número de miembros del hogar:	<input type="checkbox"/>

4. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Resultado de la Entrevista	
1. COMPLETA	<input type="checkbox"/>
2. RECHAZO	<input type="checkbox"/>
3. NADIE EN CASA	<input type="checkbox"/>
4. VIV. TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
5. VIV. DESOCUPADA	<input type="checkbox"/>
6. VIV. CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>
7. VIV. INHABITABLE O DESTRUIDA	<input type="checkbox"/>
8. VIV. CONVERTIDA EN NEGOCIO	<input type="checkbox"/>
9. OTRA RAZÓN	<input type="checkbox"/>

5. RESUMEN GENERAL DE LA ENTREVISTA

NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR				
SEXO	POBLACIÓN		TOTAL	DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD
	MENORES DE 5 AÑOS	DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD		
HOMBRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUJERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. PERSONAL RESPONSABLE

COORDINADOR/A REGIONAL:	SUPERVISOR/A:	COD.	<input type="checkbox"/>
ENCUESTADOR/A:	Enc.	COD.	<input type="checkbox"/>
CODIFICADOR/A:	COD.	DIGITADOR/A:	COD.

7. DURACIÓN DE LA ENTREVISTA

Hora de inicio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hora de finalización:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL TIEMPO OCUPADO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AÑO	MES	DÍA	Super.:	Corregido:
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	Coord.:	Corregido:

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR.

Informante: Jefe/a del Hogar

DATOS DE LA VIVIENDA

1. VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA (Registre por observación)

- Calle o carretera adoquinada, pavimentada o de concreto	1	
- Calle o carretera empedrada	2	
- Calle o carretera lastrado o de tierra	3	
- Camino, sendero, chaquiñán	4	
- Río / mar / lago	5	
- Otra	6	

2. TIPO DE LA VIVIENDA (Registre por observación)

- Casa / Villa	1	
- Departamento en casa o edificio	2	
- Cuarto (s) en casa de inquilinato	3	
- Mediagua	4	
- Rancho	5	
- Covacha	6	
- Choza	7	
- Otra vivienda particular	8	

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

- Hormigón (losa, cemento)?	1	
- Asbesto (eternit, eurolit)?	2	
- Zinc?	3	
- Teja?	4	
- Palma, paja u hoja?	5	
- Otro, cuál (especifique)?	6	

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

- Hormigón?	1	
- Ladrillo o bloque?	2	
- Adobe o tapia?	3	
- Madera?	4	
- Caña revestida o bahareque?	5	
- Caña no revestida?	6	
- Otro, cuál (especifique)?	7	

5.- ¿El material predominante del piso de la vivienda es de:

- Duela, parquet, tablón o piso flotante?	1	
- Tabla sin tratar?	2	
- Cerámica, baldosa, vinil o mármol?	3	
- Ladrillo o cemento?	4	
- Caña?	5	
- Tierra?	6	
- Otro, cuál (especifique)?	7	

6. ¿El servicio higiénico o escusado de la vivienda es:

- Conectado a red pública de alcantarillado?	1	
- Conectado a pozo séptico?	2	
- Conectado a pozo ciego?	3	
- Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada?	4	
- Letrina?	5	
- No tiene.....	6	

7. ¿De dónde obtiene principalmente el agua que recibe la vivienda:

- De red pública?	1	
- De pozo?	2	
- De río, vertiente, acequia o canal?.....	3	
- De carro repartidor?	4	
- Otro (Agua lluvia/Albarrada)?	5	

8. ¿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	

9. ¿El servicio de luz (energía) eléctrica de la vivienda proviene principalmente de:

- Red de empresa eléctrica de servicio público?.....	1	
- Panel solar?	2	
- Generador de luz (Planta eléctrica)?	3	
- Otro (Vela, candil, mecheros, gas)?.....	4	
- No tiene.....	5	

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

- Por carro recolector?	1	
- La arrojan en terreno baldío o quebrada?	2	
- Contratan el servicio?.....	3	
- La queman?.....	4	
- La entierran?.....	5	
- La arrojan a río, acequia o canal?	6	
- De otra forma?.....	7	

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR.

Informante: Jefe/a del Hogar

11. Sin contar la cocina, el baño y cuartos de negocio, ¿Cuántos cuartos tiene la vivienda, incluyendo sala y comedor?

- Número de cuartos

--	--

DATOS DEL HOGAR

12. ¿Del total de cuartos de este hogar, ¿Cuántos son exclusivamente para dormir ?

- Número de dormitorios.....

--	--

Ninguno = 00

13. ¿Del total de cuartos de este hogar, ¿Cuántos son exclusivos para negocio ?

- Número de cuartos para negocio.....

--	--

Ninguno = 00

14. ¿Tiene este hogar cuarto o espacio exclusivo para cocinar?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

15. ¿ Para lavar la ropa, el hogar utiliza principalmente:

- Piedra de lavar con tanque de agua?.....

1	
---	--

- Piedra de lavar?.....

2	
---	--

- Fregadero?

3	
---	--

- Lavadora de ropa?.....

4	
---	--

- Lava en el río o acequia?.....

5	
---	--

- Otro, cuál (especifique)?

6	
---	--

16. ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza este hogar para cocinar:

- Gas (tanque o cilindro)?

1	
---	--

- Gas centralizado?.....

2	
---	--

- Electricidad?

3	
---	--

- Leña, carbón?.....

4	
---	--

- Residuos vegetales y / o animales ?.....

5	
---	--

- Otro (Ej. Gasolina, kérex o diesel entre otros?.....

6	
---	--

- No cocina.....

7	
---	--

17 ¿El servicio higiénico o escusado que dispone el hogar es:

- De uso exclusivo del hogar?.....

1	
---	--

- Compartido con varios hogares?.....

2	
---	--

- No tiene.....

3	
---	--

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

- De uso exclusivo del hogar?.....

1	
---	--

- Compartido con varios hogares?.....

2	
---	--

- No tiene.....

3	
---	--

19. ¿Dispone este hogar de servicio telefónico convencional?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

20. ¿Dispone este hogar de servicio de telefonía celular?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

21. ¿Dispone este hogar de servicio de internet?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

22. ¿En este hogar hay:

Admite más de una respuesta

SI	NO	¿Cuántos?
----	----	-----------

- Trabajadores/as Domésticos/as que viven en este hogar?.....

1			
---	--	--	--

- Trabajadores/as Domésticos/as puertas afuera?.....

2			
---	--	--	--

- Enfermeros/as?.....

3			
---	--	--	--

- Cuidadores/as? (de niños/as, de personas enfermas o con discapacidad).....

4			
---	--	--	--

23. ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

- Propia y totalmente pagada?.....

1	
---	--

- Propia y la están pagando?.....

2	
---	--

- Propia? (Regalada, donada, heredada o por posesión)?.....

3	
---	--

- Prestada o cedida (No paga)?.....

4	
---	--

- Por servicios ?.....

5	
---	--

- Arrendada?.....

6	
---	--

- Anticresis?.....

7	
---	--

24. ¿Tienen los miembros de este hogar fincas, parcelas o tierras que sean propias, arrendadas o al partir destinadas al uso agropecuario?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

Pase a Preg. 26

25. ¿Las fincas, parcelas o tierras con las que cuenta el hogar son:

- Propias?.....

1	
---	--

- Propias y arrendadas?.....

2	
---	--

- Propias y al partir?.....

3	
---	--

- Arrendadas?.....

4	
---	--

- Arrendadas y al partir?.....

5	
---	--

- Al partir?.....

6	
---	--

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR.
Informante: Jefe/a del Hogar

EQUIPAMIENTO DEL HOGAR				OBSERVACIONES
26. ¿Tiene este HOGAR:			Cuántos tiene?	
BIEN	1. CÓDIGO	2. No. De BIENES		
1	REFRIGERADOR?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
2	TELEVISOR A COLOR, PLASMA, LCD, LED?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
3	LICUADORA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
4	EQUIPO DE SONIDO/MINICOMPONENTE, RADIOGRABADORA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
5	MICROONDAS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
6	COCINA CON HORNO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
7	COCINETA, COCINA INDUSTRIAL (COCINA SIN HORNO)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
8	LAVADORA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
9	DVD – VHS - BLURAY?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
10	BICICLETA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
11	MOTOCICLETA.....?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
12	AUTOMÓVIL, CAMIONETA....?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
13	COMPUTADORA, LAPTOP...?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
14	PLANCHA ELÉCTRICA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
15	TOSTADORA ELÉCTRICA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
16	MÁQUINA DE COSER?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
17	ASPIRADORA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
18	ABRILLANTADORA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		
19	SECADORA DE ROPA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → SB		

SECCIÓN 2: REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS							
MIEMBROS DEL HOGAR		SEXO	EDAD	PARENTESCO	SEGURO		ESTADO CIVIL O CONYUGAL
<div>Registre el nombre de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar.</div> <div>ENCUESTADOR/A: Empiece con el jefe/a del hogar y continúe con: cónyuge o conviviente, hijo/a, yerno o nuera, nieto/a, padre, madre, suegro/a, hermano/a, otros parientes, otros no parientes, empleado/a doméstico/a (NO OLVIDE A LOS/AS NIÑOS/AS RECIÉN NACIDOS/AS, A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)</div>		Hombre...1 Mujer.....2	<div>¿Cuántos años cumplidos tiene (...)?</div> <div>Si tiene menos de un año, registre 00</div> <div>Años</div>	¿Qué relación de parentesco tiene (...) con el jefe/a del hogar? Jefe/a..... 1 Cónyuge o conviviente..... 2 Hijo/a..... 3 Yerno ó nuera..... 4 Nieto/a..... 5 Padre ó madre..... 6 Suegro ó suegra..... 7 Hermano/a..... 8 Cuñado/a..... 9 Otros parientes..... 10 Empleado/a Doméstico/a. 11 Otros no parientes..... 12	¿(...) está afiliado o cubierto por: IESS, Seguro General?.... 1 IESS, Seguro Voluntario?. 2 Seguro Campesino?..... 3 Seguro del ISSFA ó ISSPOL?..... 4 Seguro de salud privado con hospitalización?.....5 Seguro de salud privado sin hospitalización ?.....6 AUS..... 7 Seguros Municipales y de Consejos Provinciales ?....8 Seguro M.S.P.?.....9 Ninguno?.....10 Altern.1 Altern. 2		¿Cuál es su estado civil ó conyugal actual: <div>Para personas de 12 años o más</div> Casado (a)?.... 1 Separado (a)?. 2 Divorciado (a)? 3 Viudo (a)?..... 4 Unión Libre?... 5 Soltero (a)?..... 6
COD PER	1	2	3	4	5		6
01				1			
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							

	SISTEMA ANTERIOR	SISTEMA ACTUAL REFORMA CURRICULAR	
PRIMARIA	JARDÍN DE INFANTES	1 ER . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	BÁSICA
	PRIMER GRADO	2 DO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	SEGUNDO GRADO	3 ER . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	TERCER GRADO	4 TO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	CUARTO GRADO	5 TO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	QUINTO GRADO	6 TO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	SEXTO GRADO	7 MO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
SECUNDARIA	PRIMER CURSO	8 VO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	MEDIA / BACHILLERATO
	SEGUNDO CURSO	9 NO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	TERCER CURSO	10 MO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	CUARTO CURSO	1 ER . AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA	
	QUINTO CURSO	2 DO . AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA	
	SEXTO CURSO	3 ER . AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA	

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

[illegible][illegible]

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

REGISTRE EL CÓDIGO DE LA PERSONA QUE INFORMA	¿Qué hizo (...) la semana pasada:	¿Realizó (...) la semana pasada alguna actividad dentro o fuera de su casa para ayudar al mantenimiento del hogar, tal como:	¿Aunque (...) no haya trabajado la semana pasada, tiene algún trabajo o negocio al cual seguro va a volver?	¿Por qué razón (...) no trabajó la semana pasada?	¿Cuántas horas trabajó (.....) la semana pasada o la última semana que trabajó?	Durante la semana pasada o la última semana que trabajó ¿Cuánto tiempo utilizó (.....) en trasladarse ida y vuelta a su trabajo?								
	Trabajó al menos una hora?.....1 No trabajó?.....2	Atender negocio propio?..... 1 Fabricar algún producto?..... 2 Hacer algo en casa por un ingreso?..... 3 Brindar algún servicio?..... 4 Ayudar en algún negocio familiar?..... 5 Ayudar en el trabajo de algún familiar?..... 6 Como aprendiz remunerado en dinero o en especie?..... 7 Labores agrícolas o cuidado de animales?..... 8 Estudiante que realizó algún trabajo?..... 9 Trabajar para otra familia?..... 10 Otra actividad por un ingreso? 11 No realizó ninguna actividad? 12	Si 1 No 2 Pase a Preg. 21	Vacaciones..... 1 Enfermedad o accidente..... 2 Huelga o paro..... 3 Licencia con sueldo..... 4 Licencia sin sueldo..... 5 Suspensión temporal del trabajo 6 Otro, cuál?..... 7	En todos sus trabajos Cuánto tiempo le dedicó de:				En todos sus trabajos Cuánto tiempo le dedicó de:					
					LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?		LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?		LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?		LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?			
					HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS		HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS		HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS		HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS			
COD. PER.	COD. PER. INF.	15	16	17	18	19				20				COD. PER.
01														01
02														02
03														03
04														04
05														05
06														06
07														07
08														08
09														09
10														10
11														11
12														12

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

¿Durante las últimas cuatro semanas (...) hizo alguna gestión para buscar trabajo tal como:

- Acudir a sitios de contratación temporal?..... 1
Hablar con amigos o parientes?..... 2
Buscar en la prensa o radio?..... 3
Acudir a agencias de empleo?..... 4
Tratar de establecer su propio taller, empresa o negocio?..... 5
Asistir a entrevistas?..... 6
Colocar carteles o propagandas en tiendas o negocios?..... 7
Búscar por Internet?..... 8
Enviar o presentar hojas de vida (carpeta)?..... 9
Otra gestión?. (Especifique)..... 10

No realizó ninguna gestión para buscar trabajo..... 11

Pase a Preg. 23

¿La **semana pasada** (.....) le dedicó tiempo a buscar trabajo remunerado o a iniciar un negocio?

Pase a Preg. 40

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

¿ (...) es:

- Rentista?..... 1
Jubilado/a o pensionado/a?..... 2
Estudiante?..... 3
Ama de casa?..... 4
Incapacitado/a?..... 5
Otro/a, cuál?..... 6

Pase a Preg. 40

OBSERVACIONES

COD PER	21	22					23	COD PER
01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12

RAMA DE ACTIVIDAD
EJEMPLOS

	NO DEBE ESCRIBIR	DEBE ESCRIBIR
1	- Enseñanza	- Servicio de Educación Nivel Primario
2	- Comercio de víveres al por menor	- Venta de abarrotes al por menor en tienda de barrio
3	- Venta en puesto de mercado	- Venta de verduras al por menor en puesto de mercado
4	- Venta ambulante	- Venta o comercio ambulante de caramelos, lotería, periódicos, etc.
5	- Confección y reparación de prendas de vestir	- Servicio de confección o reparación de prendas de vestir
6	- Agricultura de tubérculos	- Cultivo de papas
7	- Producción pecuaria	- Cría cerdos
8	- Cultivo de productos agrícolas y cría de animales	- Cultiva y cría animales
9	- Mantenimiento y reparación de vehículos	- Servicio de reparación de vehículos automotores
10	- Construcción y reparación de inmuebles	- Construir, reparar edificios y/o casas
11	- Construcción de casas	- Construir, reparar casas
12	- Reparación de radios, televisores, equipos de sonido	- Servicio de reparación de radios, televisores, equipos de sonido, etc.
13	- Servicio de transporte de pasajeros	- Transporte de pasajeros en autobús, taxi
14	- Servicio de peluquería	- Servicio de lavado, corte y peinado de cabello

GRUPO DE OCUPACIÓN
EJEMPLOS

	NO DEBE ESCRIBIR	DEBE ESCRIBIR
1	- Profesor	- Enseña a niños de nivel primario
2	- Vendedor	- Vende abarrotes en tienda de barrio
3	- Vendedor en puesto de mercado	- Vende verduras en puesto en el mercado
4	- Vendedor ambulante	- Vende caramelos, loterías, periódicos, etc.
5	- Sastre	- Confecciona y repara prendas de vestir
6	- Agricultor	- Cultiva papa
7	- Criador de animales	- Cría cerdos
8	- Productor agropecuario	- Cultiva y cría animales
9	- Mecánico de autos	- Repara y hace mantenimiento de vehículos
10	- Pintor	- Pinta interiores en edificios y casas
11	- Albañil	- Levanta paredes, funde lozas, etc.
12	- Radiotécnico	- Repara radios, televisores, equipos de sonido, etc.
13	- Conductor (chofer)	- Transporta pasajeros en autobús, taxi, etc.
14	- Estilista	- Lavado, corte y peinado del cabello

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

RAMA DE ACTIVIDAD (OCUPACIÓN PRINCIPAL)		GRUPO DE OCUPACIÓN (OCUPACIÓN PRINCIPAL)		CATEGORÍA DE OCUPACIÓN	
¿A qué se dedica principalmente la empresa o negocio donde trabaja(ba) (...)?		¿En relación a su ocupación, qué trabajo realiza(ba) (...)?		En esta ocupación (...) es :	
DESCRIBA LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES		REGISTRE LAS TAREAS PRINCIPALES		Empleado/Obrero de Gobierno / Estado?..... 1 } Empleado/Obrero Privado?..... 2 } Pase a 29 Jornalero o Peón?..... 3 } Patrono?..... 4 Cuenta Propia?..... 5 Trabajador del hogar No Remunerado?..... 6 } Trabajador No Remunerado en otro Hogar?..... 7 } Ayudante No Remunerado de asalariado / jornalero?..... 8 } Pase a 29 Empleado(a) Doméstico(a)?..... 9 }	
				USO INEC	
COD PER	24	COD PER	25	COD PER	26
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

¿(.....) es socio de: Cooperativa de Ahorro y Crédito?..... 1 Cooperativa de Producción?..... 2 Cooperativa de Servicios?..... 3 Cooperativa de Consumo?..... 4 Cooperativa de Vivienda?..... 5 Organización del sector comunitario?..... 6 Asociaciones?..... 7 Unidades Económicas Populares?..... 8 Ninguna?..... 9		¿Esta registrado en: Superintendencia de economía popular y solidaria?..... 1 Ministerio Coordinador de Desarrollo Social - MCDS?..... 2 Registro en tramite?..... 3 No esta registrado?..... 4 No sabe?..... 5		SITIO DE TRABAJO ¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (...):		¿Cuántos trabajos tuvo (...) en la semana pasada? Uno..... 1 Más de uno..... 2		HORAS HABITUALES ¿Cuántas horas trabaja (...) habitualmente a la semana en su:								
				Local de una empresa o del patrono?..... 1 Una obra en construcción?..... 2 Se desplaza?..... 3 Al descubierto en la calle?..... 4 Kiosko en la calle?..... 5 Local propio o arrendado?..... 6 Vivienda distinta a la suya?..... 7 Su vivienda?..... 8 Su finca o terreno?..... 9 Finca o terreno ajeno?..... 10				<div> Registre el número de horas para cada alternativa </div>								
								<div> OCUPACIÓN PRINCIPAL? </div>			<div> OCUPACIÓN SECUNDARIA? </div>			<div> OTRAS OCUPACIONES? </div>		
COD PER	27	28	29	30	31	COD PER										
01									01							
02									02							
03									03							
04									04							
05									05							
06									06							
07									07							
08									08							
09									09							
10									10							
11									11							
12									12							

$$32 + 33 \geq 34$$



~~$$32 + 33 < 34$$~~

REPREGUNTA



OBSERVACIÓN - VERIFICACIÓN - FIRMA

INSTRUCCIONES PARA OBTENER EL INGRESO NETO O GANANCIA

- + VENTAS BRUTAS O INGRESOS BRUTOS +
AUTOCONSUMO Y/O AUTOSUMINISTRO**

- COSTO DE MATERIAS PRIMAS Y/O INSUMOS
Y/O MATERIALES O MERCADERÍAS**

- GASTOS DE OPERACIÓN: LUZ, AGUA,
TELÉFONO, ARRIENDO
DEL LOCAL, SUELDOS,
COMUNICACIONES,
TRANSPORTE, GASTOS
FINANCIEROS, PAGOS
DE IMPUESTOS,
APORTES A LA
SEGURIDAD SOCIAL Y
OTROS GASTOS**

- = INGRESO NETO O GANANCIA NETA**

SECCIÓN 4: INGRESOS – Para todas las personas de 5 años y más

O C U P A C I Ó N P R I N C I P A L								O C U P A C I Ó N S E C U N D A R I A															
PATRONO Y CUENTA PROPIA (INDEPENDIENTES) (Si en la Preg. 26 registraron las alternativas 4 “Patrono” o 5 “Cuenta Propia”)			ASALARIADOS/AS Y EMPLEADOS/AS DOMÉSTICOS/AS (Si en pregunta 26 registraron códigos 1, 2, 3 ó 9)					ASALARIADOS/AS E INDEPENDIENTES (Si en pregunta 30 registraron código 2 “Más de Uno”)															
En el mes de OCTUBRE ¿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 OCTUBRE ¿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 OCTUBRE ¿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 OCTUBRE en su ocupación como (...) ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos?			En el mes de OCTUBRE ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, comisarías, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.?			En el mes de OCTUBRE además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.?			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 OCTUBRE ?			En su (s) otra (s) ocupación (es) ¿recibió por su trabajo pago en especies o retiró del negocio o producción bienes o productos para el consumo del hogar, en el mes de OCTUBRE ?		
<div style="text-align: center;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>						<div style="text-align: center;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>						<div style="text-align: center;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>						<div style="text-align: center;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>					
MONTO			COD	MONTO		MONTO		MONTO		MONTO		COD	MONTO		MONTO		COD	MONTO		MONTO			
COD PER	32		33		34		35		36		37		38		39		COD PER						
01																	01						
02																	02						
03																	03						
04																	04						
05																	05						
06																	06						
07																	07						
08																	08						
09																	09						
10																	10						
11																	11						
12																	12						

SECCIÓN 4: INGRESOS – Para todas las personas de 5 años y más

Personas de 5 años y más																									
INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES			TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS				BONO DE DESARROLLO HUMANO																		
<p>¿Recibió en el mes de OCTUBRE ingresos por concepto de intereses por: cuenta de ahorros, corrientes, préstamos a terceros, hipotecas; bonos, dividendos por acciones; arriendo de casas, edificios, terrenos, maquinaria, etc.?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>			<p>¿Recibió en el mes de OCTUBRE ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, viudez, invalidez, enfermedad, cesantía, alimentos, acuerdos por divorcio, etc.?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>		<p>¿Recibió en el mes de OCTUBRE dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que vivan dentro del país?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>		<p>¿Recibió en el mes de OCTUBRE dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div>		<p>¿Recibe el BONO DE DESARROLLO HUMANO?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div> <p>Pase a Preg. 47</p>		<p>¿Cuánto recibió en el mes de OCTUBRE por el BONO DE DESARROLLO HUMANO?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00</p> </div>		<p>¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO DE DESARROLLO HUMANO?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> </div> <p>Cuánto tiempo le dedicó de:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th> <th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th> </tr> <tr> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> </tr> </table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																							
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																						
COD	MONTO	COD	MONTO	COD	MONTO	COD	MONTO			MONTO	COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS										
COD PER	40	41	42	43	44	45	46				COD PER														
01																01									
02																02									
03																03									
04																04									
05																05									
06																06									
07																07									
08																08									
09																09									
10																10									
11																11									
12																12									

SECCIÓN 4: INGRESOS – Para todas las personas de 5 años y más

OBSERVACIONES

Personas de 5 años y más															
BONO POR CUIDADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA															
¿Recibe (...) el BONO POR EL CUIDADO BRINDADO A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, QUE SEA MIEMBRO DEL HOGAR? <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Siguiente Sección</div>		¿Cuánto recibió en el mes de OCTUBRE por el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA? <div>Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00</div>		¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA? <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th> <th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th> </tr> <tr> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> </tr> </thead> </table>				LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?													
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS												
MONTO		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS									
COD PER	47	48	49												
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

SECCIÓN 5: PROGRAMAS SOCIALES - DISCAPACIDAD

PARA TODAS LAS PERSONAS - INFORMANTE CALIFICADO

¿(.....) tiene algún tipo de discapacidad ? SI 1 NO 2 Siguiente sección		¿Asiste (.....) a algún programa o servicio de atención para personas con discapacidad? SI 1 NO 2 Pase a Preg. 5		¿El programa o servicio de atención para personas con discapacidad donde acude (.....) es: Del MIES?..... 1 Del Municipio?..... 2 Del IESS?..... 3 Del ISSFA / ISSPOL?..... 4 De otras instituciones públicas? 5 De institución privada?..... 6 De la iglesia?..... 7 De una fundación / ONG?..... 8 Pase a Preg. 6		Durante la semana pasada ¿Cuántos días y cuántas horas diarias asistió (.....) al centro de atención para personas con discapacidad? Número de días por semana Número de horas por día		¿Por qué razón no asiste (...) a un centro, programa o servicio de atención para personas con discapacidad: No tiene dinero?..... 1 El servicio que se ofrece es de mala calidad?..... 2 El centro de atención esta distante?..... 3 Porque la familia no quiere?.....4 Porque desconoce que existe el servicio?..... 5 No existe el servicio?..... 6 Otro, cuál?.....7		¿Recibe (...) el BONO POR DISCAPACIDAD? SI 1 NO 2 Siguiente Sección		¿Cuánto recibió en el mes de OCTUBRE por el BONO DE DISCAPACIDAD? Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00		¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO DE DISCAPACIDAD? SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table border="1"> <tr> <th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th> <th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th> </tr> <tr> <th>COD.</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> <th>COD.</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> </tr> </table>		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	COD.	HORAS	MINUTOS
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																							
COD.	HORAS	MINUTOS	COD.	HORAS	MINUTOS																				
COD PER	1	2	3	4		5	6	7	8						COD PER										
01															01										
02															02										
03															03										
04															04										
05															05										
06															06										
07															07										
08															08										
09															09										
10															10										
11															11										
12															12										

SECCIÓN 6: PROGRAMAS SOCIALES – ADULTOS MAYORES

PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE CALIFICADO

<p>¿Asiste (.....) a algún programa o servicio de atención para personas adultas mayores?</p> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Pase a Preg. 12</div>		<p>¿El programa o servicio de atención para personas adultas mayores donde acude (.....) es:</p> <p>Del MIES?..... 1</p> <p>Del Municipio?..... 2</p> <p>Del IESS?..... 3</p> <p>Del ISSFA / ISSPOL?..... 4</p> <p>De otras instituciones públicas? 5</p> <p>De institución privada?..... 6</p> <p>De la iglesia?..... 7</p> <p>De una fundación / ONG?..... 8</p> <div>Pase a Preg. 13</div>		<p>Durante la semana pasada ¿Cuántos días y cuántas horas diarias asistió (.....) al programa o servicio de atención para personas adultas mayores?</p> <div>Número de días por semana</div> <div>Número de horas por día</div>		<p>¿Por qué razón no asiste (...) a algún programa o servicio de atención para personas adultas mayores:</p> <p>No tiene dinero?..... 1</p> <p>El servicio que se ofrece es de mala calidad? 2</p> <p>El centro de atención esta distante?..... 3</p> <p>Porque la familia no quiere?..... 4</p> <p>Porque desconoce que existe el servicio?.. 5</p> <p>No existe el servicio?..... 6</p> <p>Otro, cuál?..... 7</p>		<p>¿Recibe (.....) el BONO JUBILAR (Pensión Jubilar NO Contributiva) brindado a una persona de 65 años y más de edad?</p> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Siguiente sección</div>		<p>¿Cuanto recibió (.....) en el mes de OCTUBRE por el BONO JUBILAR (Pensión NO Contributiva)?</p> <div>Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00</div> <div>MONTO</div>		<p>¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO JUBILAR (Pensión NO Contributiva)?</p> <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <p>Cuánto tiempo le dedicó de:</p> <table><tr><td colspan="2">LUNES A VIERNES?</td><td colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</td></tr><tr><td>COD.</td><td>HORAS</td><td>MINUTOS</td><td>HORAS</td><td>MINUTOS</td></tr></table>		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	<div>COD PER</div>	
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																						
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																				
9		10		11		12		13		14		15		COD PER										
01														01										
02														02										
03														03										
04														04										
05														05										
06														06										
07														07										
08														08										
09														09										
10														10										
11														11										
12														12										

SECCIÓN 7: PROGRAMAS SOCIALES - NIÑOS - NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS - PARA JEFE/A O CÓNYUGE

¿Asiste (.....) a algún programa ó servicio de desarrollo infantil, guardería ó centro del buen vivir? <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Pase a Preg. 19</div>	¿El programa ó servicio de desarrollo infantil ó guardería donde asiste (.....) es: Del MIES/INFA, Wawa, Kamayuk wasi?..... 1 Del Ministerio de Educación (CEI o EIFC)?.... 2 Centro infantil privado..... 3 Centro infantil de Municipio o Gobierno Local?..... 4 De la iglesia?..... 5 De una fundación /ONG?..... 6 Empresa o institución donde trabaja el/la padre/madre?..... 7 No sabe?..... 8	Durante la semana pasada ¿Cuántos días y cuántas horas diarias asistió (.....) al centro de desarrollo infantil, guardería ó centro del buen vivir? <div>Pase a Preg. 20</div> <div>Número de días por semana</div> <div>Número de horas por día</div>	¿Por qué no asiste (...) al centro de desarrollo infantil, guardería ó centro del buen vivir? No tiene dinero?..... 1 El servicio que ofrece es de mala calidad?. 2 El centro de atención esta distante?..... 3 Porque desconoce que existe el servicio?... 4 Porque prefiere cuidar usted o algún miembro de su hogar a sus hijo -hija?..... 5 Otro, cuál?..... 6	¿Recibe (.....) asistencia domiciliaria o en la comunidad por parte del INFA para el desarrollo infantil? <div>SI 1</div> <div>NO 2</div>	¿Quién atiende principalmente a (.....) en el hogar la mayor parte del tiempo: Madre?..... 1 Padre?..... 2 Abuelos o tíos?..... 3 Miembro del hogar de 10 años y más de edad?..... 4 Miembro del hogar menor de 10 años? 5 Otros familiares, amigos/as, vecinos/as?..... 6 Cuidador/a?..... 7 Empleado/a doméstico/a?..... 8 Se queda solo/a?..... 9
--	--	---	--	--	---

COD PER	16	17	18	19	20	21	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

MÓDULO 8

USO DEL TIEMPO

SIIH-EUT-11- 2012

PREGUNTA 1

¿En este hogar existe (n) persona (s) con DISCAPACIDAD que no pueda (n) responder a la encuesta?

SI.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div>	→	CUANTAS: <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">COD. PER.</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> PREGUNTA DIRIGIDA AL JEFE/A DEL HOGAR O CÓNYUGE O CONVIVIENTE </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <i>La (s) persona (s) que se registra (ron) en los casilleros de COD.PER., no será (n) sujeto (s) de entrevista y los (as) responsables del cuidado constarán en el capítulo 13.</i> </div>
				<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>	
				<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>	

NO.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div>	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Pase a Preg. 2 </div>
---------	--	---	---

USO CRÍTICO/A CODIFICADOR

¿La encuesta fue rechazada?

Si.....

1

NO.....

2

USO CRÍTICO/A CODIFICADOR/A

0. Menores de 12 años	
1. Completa	
2. Incompleta	
3. Discapacitado	

CAPÍTULO 1: NECESIDADES, CUIDADOS PERSONALES Y SERVICIOS DE SALUD

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE DIRECTO

Señor/a Encuestador (a), tenga presente los siguientes códigos:

Menor de 12 años?..... 1

Completa?..... 2

Incompleta?..... 3

Discapacitado?. 4

Rechazo?..... 5

EN LA SEMANA PASADA: ¿Cuánto tiempo durmió ?

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA: ¿Cuánto tiempo le dedicó a comer (desayuno, almuerzo, merienda y refrigerios)?

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA: ¿Cuánto tiempo dedicó a su cuidado personal y a sus necesidades biológicas?

Bañarse, arreglarse, vestirse, peinarse, ir al baño.

Maquillarse, afeitarse ir a cortarse o pintar el pelo entre otras

Incluir tiempo de movilización. Tiempo de retirarse sondas.

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA: ¿Pasó algún tiempo enfermo/a en cama o recuperándose de una enfermedad?

SI 1

NO 2

Pase a Preg. 10

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA Por la (enfermedad) que tuvo:

Fue o llamó a un médico, enfermera, curandero?..... 1

Fue a la farmacia para que lo receten?..... 2

Se automedicó?..... 3

Tomó o le dieron agua de remedio?..... 4

No hizo nada? 5

Otro, cuál? 6

Pase a Preg. 8

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

CAPÍTULO 1: NECESIDADES, CUIDADOS PERSONALES Y SERVICIOS DE SALUD

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

OBSERVACIONES

EN LA SEMANA PASADA:
¿Por qué razón no fue o no le llevaron a un médico, enfermera o curandero?

- Caso leve 1
No tuvo tiempo 2
Centro de atención queda lejos 3
Falta de dinero 4
El servicio es malo ... 5
Otro, cuál? 6

Pase a Preg 10

EN LA SEMANA PASADA:

En dónde tuvo lugar la atención o consulta de la última vez?

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

- Hospital/ MSP/IESS/FFAA/ISSPOL/PSJ 1
Centro de Salud/MSP/IESS 2
Subcentro o Dispensario de Salud/MSP/IESS..... 3

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS

- Hospital o Clínica /JBG/SOLCA 4
Centro de Salud Privado 5
Consultorio Particular 6
Casa o Domicilio 7
Otro Cuál? 8

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cuánto tiempo se demoró en trasladarse de la casa al lugar donde le atendieron ?

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?	
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Para cuidar de su salud fue a una consulta médica, se hizo algún análisis, estudios médicos, recibió alguna terapia o rehabilitación, aunque no estuviera enfermo/a?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?	
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

COD PER	7	8	9				10				COD PER
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

CAPÍTULO 2: APRENDIZAJE Y ESTUDIO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿ Le dedicó tiempo a asistir a clases en la escuela, colegio, universidad o cursos de capacitación formal o informal?

SI 1

NO 2

Pase a Preg. 15

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿ Le dedicó tiempo a trasladarse de ida y vuelta a su escuela, colegio, universidad o algún curso de capacitación o formación?

Excluya cuando sea por esparcimiento

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo a realizar los deberes escolares en casa o hacer consultas en la biblioteca, Internet u otros?

Incluir cualquier lugar distinto al establecimiento educativo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo a asistir a clases de nivelación o refuerzo pedagógico?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

COD PER	11					12					13					14					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cocinó o preparó alimentos para consumirse en el desayuno, almuerzo, merienda, entre comidas, incluyendo comidas para llevar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Sirvió la comida, puso la mesa, levantó los platos o calentó la comida?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó vajilla (trastes), los secó y/o acomodó?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Limpió el lugar donde prepara los alimentos? (lavó, limpió la cocina ó fogón, fregadero y/o ordenó el área de cocinar)?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	15					16					17					18					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna preparación previa, necesaria para consumir algún producto como: desgranar, tostar, moler, lavar semillas?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo.

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna preparación previa, necesaria para consumir algún producto como: destilar bebidas alcohólicas o preparar bebidas no alcohólicas?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna preparación previa, necesaria para consumir algún producto como: faenamiento de animales?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó el almuerzo o comida a algún miembro del hogar, al trabajo, escuela, hospital, cárcel, etc.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	19					20					21					22					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Encendió el fogón de leña o carbón ?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó conservas, dulces, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó pan, empanadas de harina de trigo, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó otros productos alimenticios como: leche de soya, empanadas y/o bolones de verde, humitas, quimbolitos, bollos, tortillas de verde, corviche, entre otros ?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	23					24					25					26					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO																													
EN LA SEMANA PASADA: ¿Preparó quesos y otros productos lácteos, para consumo del hogar?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Secó maíz, café, cereales, semillas, cacao u otros granos, para consumo del hogar?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Secó carnes, para consumo del hogar?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Secó productos de la pesca, para consumo del hogar?														
<div>No incluir si es para vender.</div>					<div>No incluir si es para vender.</div>					<div>No incluir si es para vender.</div>					<div>No incluir si es para vender.</div>														
<div>SI 1</div> <div>NO 2</div>					<div>SI 1</div> <div>NO 2</div>					<div>SI 1</div> <div>NO 2</div>					<div>SI 1</div> <div>NO 2</div>														
Cuánto tiempo le dedicó de:					Cuánto tiempo le dedicó de:					Cuánto tiempo le dedicó de:					Cuánto tiempo le dedicó de:														
LUNES A VIERNES?					SÁBADO Y DOMINGO?					LUNES A VIERNES?					SÁBADO Y DOMINGO?					LUNES A VIERNES?					SÁBADO Y DOMINGO?				
COD. HORAS MINUTOS					COD. HORAS MINUTOS					COD. HORAS MINUTOS					COD. HORAS MINUTOS					COD. HORAS MINUTOS					COD. HORAS MINUTOS				
COD PER		27				28				29				30				COD PER											
01																				01									
02																				02									
03																				03									
04																				04									
05																				05									
06																				06									
07																				07									
08																				08									
09																				09									
10																				10									
11																				11									
12																				12									

CAPÍTULO 4: MANTENIMIENTO DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Tendió la (s) cama (s) o preparó y/o recogió el lugar donde se duerme?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Limpió o lavó el área de baño, incluye lavar escusado y bacinilla o aseó la letrina u otras áreas utilizadas como servicios sanitarios?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo la limpieza general de su casa excepto el área de cocina, área de baño o escusado?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Acarreó agua para uso y consumo del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	31					32					33					34					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 4: MANTENIMIENTO DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Calentó agua para bañarse?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó o aseó algún vehículo del hogar: automóvil, moto, carreta, bicicleta o animales utilizados para transporte?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo al cuidado de mascotas como: perro (s), gato (s), peces, pájaro (s), etc.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades de jardinería? (regar, podar, plantar, etc.)

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	35					36					37					38					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 4: MANTENIMIENTO DEL HOGAR

CAPÍTULO 5: CUIDADO DE ROPA Y CONFECCIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Botó, quemó, enterró, clasificó y recicló la basura?

Incluir el tiempo para recoger, utilizar o quemar la basura

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó o limpió su calzado o de algún miembro del hogar?

Zapatos, zapatillas, zapatos deportivos, sandalias, botas, alpargatas, etc.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó su ropa y/o la de los miembros del hogar?

Tiempo exclusivo: para seleccionar, poner en lavadora, tenderla; NO contar el tiempo mientras la máquina opera sola

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Planchó su ropa y/o la de los miembros del hogar?

Incluye doblar la ropa luego del planchado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	39					40					41					42					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 5: CUIDADO DE ROPA Y CONFECCIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó o retiró ropa del servicio de lavado en seco, al peso o dió a lavar a otras personas?

*Lavado en seco, lavado al peso, Martinizing.
Incluye tiempo de traslado como en otras actividades, pero NO el tiempo del servicio.*

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dobló y/o guardó la ropa en su lugar o la colocó para usarla al día siguiente?

Doblar sin planchar, guardar, acomodar, entre otras..

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Tejió, bordó, cosió, confeccionó o remendó prendas de vestir para usted o algún miembro del hogar?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

OBSERVACIONES

COD PER	43					44					45					COD PER
01																01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó compras o trueque de carnes, verduras, frutas, víveres, artículos de limpieza y otros que requiere de compras periódicas?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo compras diarias en el barrio o comunidad?

Compras pequeñas: curitas, colas, cubos maggi, leche, fósforos, aspirinas, mentol, etc.

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró medicinas o ingredientes para remedios, para usted o algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró o acompañó a comprar útiles escolares, ropa o zapatos para usted o para otro miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	46					47					48					49					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró utensilios, enseres domésticos o materiales para mantenimiento del hogar o electrodomésticos, equipo informático, fotográfico, instrumentos musicales para algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró o alquiló aparatos ortopédicos o terapéuticos para algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó tramites para la compra o alquiler de vivienda (s) y/o terreno (s) y/o vehículo (s) para el uso del hogar ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó pagos del hogar por los servicios de: luz, agua, teléfono convencional o compró gas, agua por tanqueros o tuvo que estar pendiente de la entrega a domicilio del gas, agua por tanqueros entre otros servicios?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	50					51					52					53					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó pagos o trámites necesarios para el hogar o alguno de sus miembros en alguna oficina de gobierno, banco, establecimiento comercial, pago de colegiatura, obtención de partida de nacimiento, pasaporte, entre otros?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ordenó documentos de la casa o papeles importantes de los miembros del hogar, recoger y distribuir correo?

No incluir si es por trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se encargó de organizar, supervisar, dirigir los quehaceres del hogar y decidir sobre las cosas cotidianas como por ejemplo: qué comer, que comprar, etc.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se ocupó de llevar las cuentas de los gastos e ingresos del hogar y decidir cómo se distribuye el presupuesto?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	54					55					56					57					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se encargó de vigilar la seguridad del hogar, cerrar puertas por la noche o al salir, guardar el automóvil o cualquier medio de transporte?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades para mudarse de casa ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades para reacomodar los espacios de la vivienda: ordenó el ropero, terraza, closets u otros espacios y/o se ocupó de regalar o vender lo que ya no se iba a usar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	58					59					60					COD PER
01																01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS - NIÑAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dió de comer a algún niño o niña pequeño/a del hogar?

Registrar las preguntas 61 a 66 si en el hogar existen niños-niñas **menores de 12 años**, caso contrario **pase a pregunta 67**

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Bañó y/o vistió a algún niño o niña pequeño/a del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Jugó, conversó, le contó o leyó cuentos a algún niño o niña del hogar ?

Tomar en cuenta el juego como motivador del desarrollo infantil y enseñanza

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le realizó o practicó algún ejercicio especial o terapia a algún niño o niña del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

COD PER	61					62					63					64					COD PER
01																				01	
02																				02	
03																				03	
04																				04	
05																				05	
06																				06	
07																				07	
08																				08	
09																				09	
10																				10	
11																				11	
12																				12	

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS.

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Estuvo pendiente de algún niño o niña pequeño/a del hogar, mientras hacía otras cosas?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Asistió a reuniones, festivales u otras actividades o programas del centro educativo de algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó o estuvo pendiente de las tareas escolares de algún niño o niña o joven del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó y/o recogió a algún miembro del hogar, ya sea a la guardería, escuela, colegio, universidad o algún otro establecimiento educativo?

No incluir el tiempo de traslado si se lo realiza en el traslado a la escuela, solo debe incluirlo si tomó mas de 10 minutos

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	65					66					67					68					COD PER
01																				01	
02																				02	
03																				03	
04																				04	
05																				05	
06																				06	
07																				07	
08																				08	
09																				09	
10																				10	
11																				11	
12																				12	

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó, acompañó o recogió a algún miembro del hogar, para recibir atención médica?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó y/o recogió algún miembro del hogar del trabajo?

No incluir el tiempo de traslado si se lo realiza en el traslado al trabajo, solo debe incluirlo si tomó mas de 10 minutos

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Acompañó a algún miembro del hogar a una clase especial o entrenamiento?

No incluir el tiempo de traslado si se lo realiza en el traslado a una visita médica, solo debe incluirlo si tomó mas de 10 minutos

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cuidó a algún miembro del hogar enfermo/a hospitalizado/a o lo acompañó en el hospital, clínica durante el día y/o noche?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	69					70					71					72					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó o acompañó a algún miembro del hogar a la clínica, hospital, centro de salud o consultorio médico privado ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó o acompañó a algún miembro del hogar a realizar alguna visita a: parteras, terapistas, curanderos/as, entre otros?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó remedios caseros para curar a algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

¿Con qué frecuencia realiza dos o más actividades al mismo tiempo:

Siempre?..... 1

Casi siempre?..... 2

Pocas veces?..... 3

Nunca?..... 4

COD PER	73					74					75					76	COD PER
01																	01
02																	02
03																	03
04																	04
05																	05
06																	06
07																	07
08																	08
09																	09
10																	10
11																	11
12																	12

CAPÍTULO 8: CONSTRUCCIÓN Y REPARACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Efectuó o ayudó en reparaciones o construcción de cualquier tipo en esta vivienda como: eléctricas, plomería, albañilería, entre otras.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Supervisó la realización de reparaciones eléctricas, plomería o construcción de cualquier tipo en su vivienda?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó, arregló, reparó o ayudó a reparar algún medio de transporte del hogar como: automóvil, bicicleta, carreta, lancha, entre otros.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó, arregló, reparó o ayudó a reparar electrodomésticos u otro tipo de artefactos del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo o ayudó hacer algún mueble o alguna otra cosa de utilidad para el hogar como: sillas, taburetes, mesas, hamacas, canoas, utensilios, entre otros?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	77					78					79					80					81					COD PER
01																										01
02																										02
03																										03
04																										04
05																										05
06																										06
07																										07
08																										08
09																										09
10																										10
11																										11
12																										12

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cuidó o crió animales de corral como: gallinas, puercos, cuyes, conejos, entre otros o llevó a pastar borregos, cabras, vacas u otros animales domésticos.?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades como ordeñar, recoger huevos, trasquilar ovejas, entre otras?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recolectó agua para el terreno ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recolectó agua para los animales domésticos ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	82					83					84					85					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recogió leña, hongos o yerbas ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recogió flores?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recogió frutas?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo a la pesca o caza?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	86					87					88					89					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna actividad en el huerto, parcela lote o terreno como: sembrar, cosechar, desyerbar, preparar el terreno, entre otras?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó alguna artesanía para el hogar?

SI 1

NO 2

Pase a Preg. 98

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno de masapan?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno de concha o coco?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno de cerámica o barro?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	90					91	92					93					94					COD PER
01																						01
02																						02
03																						03
04																						04
05																						05
06																						06
07																						07
08																						08
09																						09
10																						10
11																						11
12																						12

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno textil como: tapetes, cortinas, sábanas u otros similares. ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno en figuras de tagua o madera?.

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún otro artículo o adorno, especifique cuál?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS ¿CUÁL? COD.

COD PER	95					96					97					COD PER
01																01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

CAPÍTULO 10: ACTIVIDADES NO REMUNERADAS PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y TRABAJO VOLUNTARIO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó a otro (s) hogar (es) en los quehaceres domésticos de manera gratuita? (Preparar alimentos, limpiar o dar mantenimiento a la vivienda, hacer compras, pagos, o trámites?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó a otro (s) hogar (es) en el cuidado de personas de manera gratuita? (Cuidado de niños-niñas, adultos mayores, enfermos crónicos o temporales y/o personas con discapacidad) ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó algún servicio gratuito para su comunidad alguna minga de conservación o restauración del medio ambiente?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó en labores domésticas o de apoyo en algún asilo, orfanato u hospital de manera gratuita?

Hogar de ancianos, niños/as o personas con discapacidad

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	98				99				100				101				COD PER
01																	01
02																	02
03																	03
04																	04
05																	05
06																	06
07																	07
08																	08
09																	09
10																	10
11																	11
12																	12

CAPÍTULO 10: ACTIVIDADES NO REMUNERADAS PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y TRABAJO VOLUNTARIO

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Participó en el trámite para obtener algún servicio como: dotación de agua, luz, pavimentación, alcantarillado, entre otros en su comunidad?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Participó en alguna organización, actividad social, de acción ciudadana, gremial o política, organización de actos religiosos con carácter gratuito?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo a impartir clases sean estas de nivelación y/o refuerzos educativos en forma gratuita?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	102					103					104					COD PER
01																01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

CAPÍTULO 11: ESPARCIMIENTO Y CULTURA

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Tomó algún curso o taller por esparcimiento o superación personal?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo exclusivamente a ver televisión?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo exclusivo a la lectura ?

No incluir si es por trabajo o estudio

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Practicó algún instrumento musical o realizó alguna actividad artística o cultural?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	105					106					107					108					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 11: ESPARCIMIENTO Y CULTURA

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo sólo a descansar sin hacer nada o sólo escuchar la radio?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo a navegar o chatear por Internet, celular, redes sociales, jugar con computadora, play station, etc.?

No incluir si es por trabajo o estudio

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo ejercicios ó practicó algún deporte?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades recreativas y/o de esparcimiento en algún lugar como ir a: bailar, bar, karaoke, cantina, café, cine, teatro o alguna otra actividad, etc.?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	109					110					111					112					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 11: ESPARCIMIENTO Y CULTURA

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades recreativas y/o de esparcimiento en algún lugar como: parque público, mirador, ir a la montaña, reservas naturales y parques nacionales, ríos, lagos, playas, cascadas, etc.?

Tiempo exclusivo de entretenimiento con la familia

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Meditó, se dedicó a la oración o se dedicó a alguna práctica religiosa?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

Según la cantidad de tiempo libre que usted dispone, le gustaría tener:

Más ingresos?..... 1

Más tiempo libre?..... 2

COD PER	113					114					115	COD PER
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

CAPÍTULO 12: FAMILIA Y SOCIABILIDAD

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compartió tiempo con la familia o pareja con la que vive.?

Conversar, platicar, en familia, sobre mesa

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo exclusivo a recibir visitas o a visitar a otras familias?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se hospedó en alguna otra vivienda por más de un día?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Salió a la calle para estar con amigos/as o novio/a?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	116					117					118					119					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 12: FAMILIA Y SOCIABILIDAD

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo a jugar en la casa ?

Jugar fútbol, básquet, ajedrez, barajas, damas, en la casa

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Conversó por teléfono?

No incluir si es por trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Asistió a algún bautizo, matrimonio, funeral o a actividades relacionadas como: velorio o rezos de difunto?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	120					121					122					COD PER
01																01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

CAPÍTULO 13: CUIDADO Y APOYO DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE SEAN MIEMBROS DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO																																																																												
EN LA SEMANA PASADA: ¿Dedicó tiempo al cuidado de algún miembro del hogar con discapacidad ?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Le dio de comer o le ayudó a hacerlo a (Nombre de la persona con discapacidad) que es miembro del hogar?					EN LA SEMANA PASADA: ¿A (Nombre de la persona con discapacidad) le bañó, aseó, vistió, le ayudó a ir al baño o le cambió el pañal ?					EN LA SEMANA PASADA: ¿A (Nombre de la persona con discapacidad) durante el día le practicó alguna terapia especial, le hizo alguna curación o conversó?																																																													
<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS						<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS						<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS						<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>						LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS					
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																																										
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																																								
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																																										
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																																								
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																																										
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																																								
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																																										
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																																								
COD PER	123				124				125				126				COD PER																																																											
01																		01																																																										
02																		02																																																										
03																		03																																																										
04																		04																																																										
05																		05																																																										
06																		06																																																										
07																		07																																																										
08																		08																																																										
09																		09																																																										
10																		10																																																										
11																		11																																																										
12																		12																																																										

CAPÍTULO 13: CUIDADO Y APOYO DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE SEAN MIEMBROS DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Durante la noche estuvo en vela cuidando a (Persona con discapacidad) que es miembro del hogar?

Tiempo exclusivo de cuidado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Estuvo pendiente de (Nombre de la persona con discapacidad) mientras hacía otras cosas durante el día y la noche?

Tiempo exclusivo de cuidado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó alguna comida especial a (Nombre de la persona con discapacidad) ?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le llevó o acompañó al servicio médico, a realizar terapias o algún trámite a (Nombre de la persona con discapacidad)?

Tiempo exclusivo de cuidado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

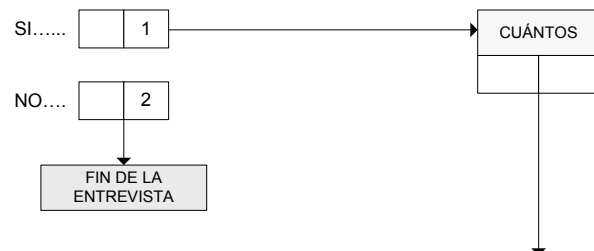
COD PER	127					128					129					130					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 13: CUIDADO Y APOYO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE SEAN MIEMBROS DEL HOGAR											OBSERVACIONES	
PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO												
EN LA SEMANA PASADA: ¿Se encargó de la limpieza de la habitación de (Nombre de la persona con discapacidad), por separado?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Se encargó de lavar y/o planchar por separado la ropa de (Nombre de la persona con discapacidad)?							
<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <div>LUNES A VIERNES?SÁBADO Y DOMINGO?</div> <div>COD.HORASMINUTOSHORASMINUTOS</div>					<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Cuánto tiempo le dedicó de:</div> <div>LUNES A VIERNES?SÁBADO Y DOMINGO?</div> <div>COD.HORASMINUTOSHORASMINUTOS</div>							
COD PER	131					132					COD PER	
01											01	
02											02	
03											03	
04											04	
05											05	
06											06	
07											07	
08											08	
09											09	
10											10	
11											11	
12											12	

CAPÍTULO 14: PARA TODAS LAS PERSONAS EXTERNAS AL HOGAR. INFORMANTE : Jefe/a del hogar, cónyuge o conviviente

OBSERVACIONES

¿Tiene este hogar persona (s) que colabore (n) en labores domésticas, cuidado de niños, niñas, personas adultas mayores, enfermos, enfermas y/o personas con discapacidad, en forma gratuita o pagada pero que **NO sean miembros de este hogar**?



Registre el nombre y apellido de la (s) persona (s) externa (s) al hogar

COD PER	1	SEXO	EDAD	PARENTESCO
01		Hombre... 1	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Qué relación de parentesco tiene (...) con el jefe/a del hogar? Jefe/a..... 1 Cónyuge o conviviente..... 2 Hijo/a..... 3 Yerno ó nuera..... 4 Nieto/a..... 5 Padre o madre..... 6 Suegro ó suegra..... 7 Hermano/a..... 8 Cuñado/a..... 9 Otros parientes..... 10 Emp. Domest. puertas afuera.. 11 Otro no pariente..... 12
02		Mujer..... 2	AÑOS	
03				

LA SEMANA PASADA:

LA SEMANA PASADA:		CÓDIGO DE PERSONA					0		1		CÓDIGO DE PERSONA					0		2		CÓDIGO DE PERSONA					0		3	
		SI = 1 NO = 2		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		SI = 1 NO = 2		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		SI = 1 NO = 2		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?										
		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS												
5	Cocinó, sirvió la comida, lavó los trastes o limpió el lugar donde cocina?																											
6	Arregló la casa, tendió la (s) cama (s) o hizo limpieza general?																											
7	Acarreó o almacenó agua para el uso del hogar?																											
8	Recogió o cortó leña para el uso del hogar?																											
9	Lavó, planchó o llevó a lavar ropa de los miembros del hogar?																											
10	Hizo compras para el hogar tales como: víveres, medicinas, bebidas y otros artículos?																											
11	Realizó pagos del hogar como: servicio de luz, agua, teléfono o tuvo que estar pendiente de algún otro servicio?																											
12	Llevó o recogió a algún miembro del hogar a la guardería, escuela, etc., o ayudó en las tareas escolares o le practicó alguna terapia?																											
13	Cuidó, llevó o acompañó a algún miembro del hogar enfermo/a a una clínica, hospital, terapia durante el día o la noche?																											
14	Se encargó de alimentar o asear a alguna persona con discapacidad que sea miembro del hogar?																											
15	Cuidó, llevó o acompañó a alguna persona miembro del hogar con discapacidad a una clínica, hospital, terapia durante el día o la noche?																											
16	Le dedicó tiempo a alguna otra actividad para ayudar a este hogar? ESPECIFIQUE.....																											

PARA TODAS LAS PERSONAS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

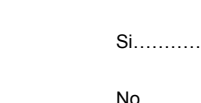
OBSERVACIONES

¿Tiene (...) Cédula de Identidad o Ciudadanía Ecuatoriana?

Si..... 1

No..... 2

No responde..... 3



No responde..... 3

3

NÚMERO

1

12