

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN

ENSANUT – 2018

1

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 DEL HOGAR

FORMULARIO ☐ DE ☐

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

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

B. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EFECTIVA

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

C. DATOS DEL HOGAR

Número de miembros del hogar:	<input type="text"/>
Número de No. miembros del hogar:	<input type="text"/>
Nombre jefe hogar:	N° Telf.: <input type="text"/>
OBSERVACIONES:	

D. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

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

E. PERSONAL RESPONSABLE

RESPONSABLE ZONAL:	<input type="text"/>
SUPERVISOR:	<input type="text"/>
ENCUESTADOR:	<input type="text"/>
CRÍTICO-CODIFICADOR:	<input type="text"/>
DIGITADOR:	<input type="text"/>
VALIDADOR:	<input type="text"/>

F. SEGUIMIENTO DE LAS VISITAS

	AÑO			MES		DÍA	
Visita 1:	2	0	1	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visita 2:	2	0	1	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visita 3:	2	0	1	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR (JEFE O CÓNYUGE)

AGUA PARA BEBER

25. ¿El agua que se usa para **BEBER** en este hogar principalmente proviene de:

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

Pase a P. 28

26. ¿Dónde se encuentra esa fuente de AGUA PARA BEBER:

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

Pase a P. 28

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

Minutos:

Si no sabe registre 888

28. ¿En las últimas 2 semanas, usted pudo obtener las cantidades necesarias de **AGUA PARA BEBER**?

- Si: 1
- No: 2
- No sabe: 3

29. ¿Usted considera que el agua de la fuente que utiliza para **BEBER**, es apta para el consumo humano?

- Si: 1
- No: 2
- No sabe: 3

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

- La beben tal como llega al hogar? 1
- La hierven? 2
- Otro tratamiento? 3
- No sabe: 4

LAVADO DE MANOS

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

- Si: 1
- No: 2

Pase a P. 34

32. Señor Encuestador, por favor observe si existe la presencia de agua en el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR

- Si existe agua para el lavado de manos (verifique que la llave/bomba, cuenco, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares tengan agua): 1
- No existe agua para el lavado de manos: 2

33. Señor Encuestador, por favor observe cuales fueron los implementos de asco que pudo encontrar en el lugar de lavado de manos (admita más de una respuesta):

- Jabón (en barra o líquido): 1
- Detergente (en polvo / líquido / en pasta): 2
- Cenizas/barro/arena: 3
- Otro, cuál: 4
- No tiene: 5

Pase a P. 37

34. Señor Encuestador: Por qué razón no pudo observar el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR?

- El lugar no está en la vivienda / patio o lote: 1
- No le permitieron observar el lugar: 2
- No tiene o no usa un lugar específico: 3
- Otro, cuál? 4

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

- Si: 1
- No: 2

36. ¿Utilizan los miembros de este hogar los siguientes implementos de limpieza para lavarse las manos (admita más de una respuesta):

- Jabón (en barra o líquido)? 1
- Detergente (en polvo / líquido / en pasta)? 2
- Cenizas/barro/arena? 3
- Otro, ¿cuál? 4
- No utiliza? 5

VIVIENDA

37. ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

- En arriendo? 1
- Anticresis y arriendo? 2
- Propia y la está pagando? 3
- Propia y totalmente pagada? 4
- Cedida? 5
- Raciada por servicios? 6
- Otra, cuál? 7

Pase a P. 42

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

Monto en dólares:

39. ¿En el valor que paga por el arriendo, se incluye el pago por el servicio de agua?

- Si: 1
- No: 2

40. ¿En el valor que paga por el arriendo, se incluye el pago por el servicio de luz?

- Si: 1
- No: 2

41. ¿Tiene relación de parentesco con el propietario de la vivienda?

- Si: 1
- No: 2

42. ¿Tiene este hogar acceso a Internet?

- Si: 1
- No: 2

43. ¿Tiene este hogar televisión por cable?

- Si: 1
- No: 2

EQUIPAMIENTO

44. ¿Tiene este HOGAR:

BIEN

A

Cuántos tiene?

B

1 REFRIGERADORA? SI 1 NO 2 SB

2 COMPUTADORA? SI 1 NO 2 SB

3 LAVADORA? SI 1 NO 2 SB

4 LICUADORA? SI 1 NO 2 SB

5 HORNO, MICROONDAS? SI 1 NO 2 SB

6 PLANCHA? SI 1 NO 2 SB

7 TELEVISOR? SI 1 NO 2 SB

8 DVD? SI 1 NO 2 SB

9 CALEFÓN? SI 1 NO 2 SB

10 LÍNEA TELEFÓNICA? SI 1 NO 2 SB

11 CARRO? SI 1 NO 2 SB

SECCION 2. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR - (PARA TODAS LAS PERSONAS)

MIEMBROS DEL HOGAR					SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO			ELEGIBILIDAD			
Cod. Per	Cod. Enl.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		¿Cuántos años cumplidos tiene (...)?	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (...)?			IDENTIFICACIÓN DE MIEMBROS DE HOGAR	DE ACUERDO CON LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAS, EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE REGISTRE EL CÓDIGO DE LA SELECCIÓN Y EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA PARA CADA UNO DE LOS FORMULARIOS EN LA LINEA DE LA PERSONA SELECCIONADA	
						Hombre... 1 Mujer... 2	PARA MENORES DE 5 AÑOS CUMPLIDOS, REGISTRE AÑOS Y MESES				<div> <div> Miembro Enlistamiento... 1 Nuevo Miembro... 2 Cambio de Hogar... 3 </div> <div> No miembro... 4 FIN DE LA ENCUESTA PARA ESE MIEMBRO </div> </div>	<div> <div> F1 Formulario del hogar Sección 8 10 años y más MEF 10 a 49 años SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HOMBRES 12 años y más FACTORES DE RIESGO De 5 a menores de 18 años DESARROLLO INFANTIL Menores de 5 años BIOQUÍMICA </div> <div> F2 F3 F4 F5 F6 </div> </div>	
01												1 se 5	
02												incoveniente	
03												plajo para la alternativa 4.	
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

Cambio texto.

texto.

REGISTRE de acuerdo al orden de la pregunta 7; NO omita los nombres de las personas adultas mayores y niños recién nacidos

Se cambie el orden

Longo de edad

FORMULARIO NO.				
SELECCIÓN Y RESULTADO DE LA ENTREVISTA	Seleccionado Completo... 1	Rechazo... 2	Seleccionado Ausente... 3	Otra razón... 4
	No Seleccionado... 5			

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARENTESCO		SEGURO		IDENTIFICACIÓN ÉTNICA		PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR										CÓD. PERS.							
¿Cuál es el parentesco de (...) con el jefe (a) de este hogar?		¿(...) está afiliado o cubierto por:		¿Cómo se IDENTIFICA (...) según su cultura y costumbres:		<p>Usted (...):</p> <p>- Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes?.....A</p> <p>- Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono?.....B</p> <p>- Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?.....C</p> <p>- Tiene dificultad para recordar o concentrarse?.....D</p> <p>- Tiene dificultad para bañarse o vestirse?.....E</p> <p>- Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse, es decir, comprender o ser comprendido?...F</p>										¿Tiene (...) carne de discapacidad emitido por el CONADIS o el MSP?		¿Qué porcentaje tiene (...)?		¿Fue visitado (...) por la Misión Manuela Espejo?		¿El padre (...) vive en este hogar?	
		Altern. 1 Altern. 2				<p>A B C D E F</p> <p>Ninguna dificultad.....1</p> <p>Algo de dificultad.....2</p> <p>Mucha dificultad.....3</p> <p>Si respondió todo código 1 Pase a P. 14</p> <p>No puede hacer Nada....4</p> <p>Si.....1</p> <p>No.....2</p> <p>Pase a P. 13</p> <p>Si.....1</p> <p>No.....2</p> <p>Si.....1</p> <p>No.....2</p>																	
COD PER	7	8		9		10										11	12	13	14		COD PER		
01	1																		01				
02																			02				
03																			03				
04																			04				
05																			05				
06																			06				
07																			07				
08																			08				
09																			09				
10																			10				
11																			11				
12																			12				

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR		ESTADO CIVIL/ CONYUGAL		CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES (PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS)																	
¿La madre de (...) vive en este hogar?		Para personas de 12 años y más		¿Asiste (...) actualmente a clases?		¿(...) asiste a la jornada de:		¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó (...)?		¿Sabe (...) leer y escribir?		Por los estudios realizados ¿obtuvo algún Título Superior?		¿Qué título obtuvo (...)?		TIC'S					
		¿Actualmente, cuál es su ESTADO CIVIL o CONYUGAL?														¿(...) tiene teléfono celular activado?					
		<div> <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div> </div>		<div> <div>Casado.....1</div> <div>Unión libre.....2</div> <div>Unión de hecho.....3</div> <div>Separado.....4</div> <div>Divorciado.....5</div> <div>Viuudo.....6</div> <div>Soltero.....7</div> </div>		<div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> <div>Pase a P.19</div> </div>		<div> <div>La mañana?.....1</div> <div>La tarde?.....2</div> <div>La noche?.....3</div> <div>Jornada Integral?.....4</div> <div>Dos jornadas?.....5</div> <div>A distancia?.....6</div> </div>		<div> <div>1 Ninguno.....1</div> <div>2 Centro de alfabetización.....2</div> <div>3 Jardín de Infantes.....3</div> <div>4 Primaria.....4</div> <div>5 Educación Básica.....5</div> <div>6 Secundaria.....6</div> <div>7 Educación Media / Bachillerato.....7</div> <div>Pase a P. 23</div> <div>8 Superior no Universitario.....8</div> <div>9 Superior Universitario.....9</div> <div>10 PHD.....10</div> <div>Pase a P. 21</div> </div>		<div> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div> <div>Pase a P. 23</div> </div>		<div> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div> </div>				<div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> </div>		<div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> </div>	
COD PER	CÓD.	CÓD. PERS.	15	16	17	18	19	NIVEL	AÑO APROBADO	20	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							

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

rango de edad.

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

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 volver?	¿Por qué razón (...) no trabajó la semana pasada?	¿Durante las últimas cuatro semanas (...) hizo alguna gestión para buscar trabajo tal como:	¿Hace cuánto tiempo busca trabajo (...)?	¿Por qué razón no buscó trabajo (...):
COD PER	COD PER INF	1	2	3	4	5	6	7
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: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

¿(…) está disponible para trabajar?	¿(…) es:	RAMA DE ACTIVIDAD	GRUPO DE OCUPACIÓN	CATEGORÍA DE OCUPACIÓN	SITIO DE TRABAJO
<div>Si 1</div> <div>Pase a P.23</div> <div>No 2</div>	<div>1 Rentista?..... 1</div> <div>2 Jubilado o pensionado?..... 2</div> <div>3 Estudiante?..... 3</div> <div>4 Ama de casa?..... 4</div> <div>5 Incapacitado?..... 5</div> <div>6 Otro, cuál? (Especifique)..... 6</div> <div>Pase a P.23</div>	<div>¿A qué se dedica principalmente la empresa, negocio, establecimiento, institución o finca donde trabaja o trabajo (…)?</div> <div>DESCRIBA LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES</div>	<div>¿En relación a su ocupación, qué trabajo realiza(ba) (…)?</div> <div>REGISTRE LAS TAREAS PRINCIPALES</div>	<div>En el lugar indicado (…) trabaja o trabajo como:</div> <div>Empleado(a)/obrero(a) de gobierno/estado?..... 1</div> <div>Empleado(a)/obrero(a) privado?..... 2</div> <div>Jornalero(a) o peón?..... 3</div> <div>Patrono(a)?..... 4</div> <div>Cuenta propia?..... 5</div> <div>Trabajador(a) del hogar no remunerado?..... 6</div> <div>Trabajador(a) no remunerado en otro hogar?..... 7</div> <div>Empleado(a) Doméstico(a)?..... 8</div> <div>Pase a P.23</div>	<div>¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (…)?</div> <div>1 Local de una empresa o del patrono?..... 1</div> <div>2 Una obra en construcción?..... 2</div> <div>3 Se desplaza?..... 3</div> <div>4 Al descubierto en la calle?..... 4</div> <div>5 Kiosko en la calle?..... 5</div> <div>6 Local propio o arrendado?..... 6</div> <div>7 Vivienda distinta a la suya?..... 7</div> <div>8 Su vivienda?..... 8</div> <div>9 Su finca o terreno?..... 9</div> <div>10 Finca o terreno ajeno?..... 10</div>

COD PER	8	9	10	11	12	13	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

ESTRATEGIAS PARA DESCRIBIR LA ACTIVIDAD ECONOMICA				
¿QUÉ HACE?	¿CUÁL ES EL PRODUCTO?	¿CON QUÉ LO HACE?	ACTIVIDAD ECONOMICA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO
Cultiva	Flores		Cultivo de flores	Texas flowers S.A.
Cultiva y cría	Maíz y cerdos		Cultivo de maíz y cría cerdos	Hacienda "Cordovez"
Explotación de canteras	Piedra		Explotación de canteras de piedra	Minas Lican
Producción	Azúcar	Caña de azúcar	Producción de azúcar de caña	Ingenio azucarero Valdez
Fabricación	Tubos	Plástico	Fábrica de tubos de plástico	Tuboplas
Confección	Prendas de vestir, ternos	Máquina	Confección de prendas, ternos	Sastrería "Carlos"
Servicio	Educación	En escuela	Servicio de educación en Escuela	Escuela La Providencia
Servicio	Salud	Hospital	Servicio de Salud en Hospital	Hospital Regional MSP
Transporte	Pasajeros	Bus urbano	Transporte de pasajeros bus urbano	Transporte "Chillogallo"
Venta	Viveres	En tienda	Venta de viveres en tienda	Abarrotes "La golosina"
Venta	Caramelos	Ambulante	Venta de caramelos ambulante	
Venta	Verduras	Mercado	Venta de verduras al por menor en puesto de mercado	
Reparar	Sistema eléctrico	Vehículos	Servicio de reparación del sistema eléctrico de vehículos	Mecánica Electrocarr
Asesoría	Contable		Asesoría Contable	Estudio contable "Ruiz"
Construir	Casas		Construcción de casas	Constructora "Vial"
Construir	Casas		Construcción de casas	
Servicio	Internet y juegos		Servicio de alquiler de internet y juegos en red	Cibercafé Paola
Servicio	De corte de cabello		Servicio de peluquería	Peluquería "Estilos"
			Hogar o casa particular	S/N
			Hogar o casa particular	S/N
			Hogar o casa particular	S/N

ESTRATEGIAS PARA DESCRIBIR LA OCUPACIÓN	
OCUPACIÓN (DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES o TAREAS o LABORES)	
Agricultor: Siembra, cultiva, cosecha, recoge las flores	
Productor agropecuario: Sembrar y cultivar maíz y criar cerdos	
Minero: Extraer piedra de la mina	
Peón agrícola: Limpia y riega el terreno	
Operador de máquina para la fabricación de tubos de plástico	
Sastre: Confecciona prendas de vestir a la medida	
Profesora: Enseña, dirige tareas a niños de Quinto de Básica	
Médico cardiólogo: Atiende, diagnostica y receta a los pacientes	
Chofer: Transporta pasajeros en bus urbano	
Vendedor: Atiende, despacha viveres en la tienda	
Vendedor: Ambulante de caramelos	
Vendedor: Vende verduras en el puesto de mercado	
Electricista: Arregla el sistema eléctrico de automotores	
Asesor Contable: Lleva las contabilidades, declara impuestos de diferentes empresas	
Albañil: Construye casas, levanta paredes -columnas, funde lozas	
Peón de albañil: cierra la arena, y pasa materiales (bloques, ladrillos, etc.)	
Cobra el servicio del alquiler de las computadoras	
Estilista: lava, corta peina el cabello	
Empleada doméstica (Sirvienta): limpiar, cocinar, lavar, planchar, etc.	
Niñera: Cuida, da de comer, limpia, entretiene a niños	

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

INGRESOS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

		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							
¿Cuántos trabajos tuvo (...) en la semana pasada?		PATRONOS Y CUENTA PROPIA (Si en pregunta 12 registraron códigos: 4 o 5)				ASALARIADOS Y EMPLEADOS DOMÉSTICOS (Si en pregunta 12 registraron códigos: 1, 2, 3 y 8)				ASALARIADOS E INDEPENDIENTES (Si en pregunta 14 registraron código 2)			
<p>En el mes de ¿cuál fue el monto en dinero que recibió (...) por la venta de los productos, bienes o servicios de su negocio o establecimiento?</p> <p>En el mes de ¿retiró de su negocio o tomó de lo que produce o vende, bienes, servicios o productos para el consumo del hogar?</p> <p>En el mes de ¿cuánto gastó para el funcionamiento de su negocio en: compra de mercadería, pago de mano de obra, insumos o materia prima de los productos que vende, produce o los servicios que ofrece?</p> <p>En el mes de ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos?</p> <p>En el mes de ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, comisaratos, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.?</p> <p>En el mes de ¿además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.?</p> <p>En su (s) otra (s) ocupación (es), ¿cuál fue su ingreso monetario total, ya sea como asalariado o por concepto de ganancia en el mes de?</p> <p>En su (s) otra (s) ocupación (es) ¿recibió por su trabajo pago en especies o retiró del negocio o producción bienes o productos para el consumo del hogar, en el mes de?</p>		<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>		<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>		<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>		<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>		<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>			
COD PER	14	15	16	17	18	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			

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS (PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE CALIFICADO)

OTROS INGRESOS

INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES		TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS		BONO DE DESARROLLO HUMANO		BONO POR DISCAPACIDAD									
<p>¿Recibió en el mes de ingresos por concepto de intereses por: cuenta de ahorros, corrientes, préstamos a terceros, hipotecas, bonos por acciones; arriendo de casas, edificios, terrenos, maquinaria, etc.?</p> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div>		<p>¿Recibió en el mes de ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, invalidez, enfermedad, divorcio, cesantía, etc.?</p> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div>		<p>¿Recibió en el mes de dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que vivan dentro del país?</p> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div>		<p>¿Recibió en el mes de dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior?</p> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div>		<p>¿Recibe el BONO DE DESARROLLO HUMANO?</p> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div> <div>Pase a P.29</div>		<p>¿Cuánto recibió en el mes de por el BONO DE DESARROLLO HUMANO?</p> <div>Si no recibió registre 00</div>		<p>¿Recibe el BONO POR EL CUIDADO BRINDADO A UNA PERSONA DISCAPACITADA DEL HOGAR?</p> <div>SI...1</div> <div>NO...2</div> <div>Pase a Sección 4</div>		<p>¿Cuánto recibió en el mes de por el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA?</p> <div>Si no recibió registre 00</div>	
COD PER	23	COD	24	COD	25	COD	26	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			

ENFERMEDADES

RESPIRATORIAS: Gripe común, sinusitis, rinosinusitis, faringitis/adentitis, laringitis, traqueitis, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, otitis media, tuberculosis, asma, enfisema. Los síntomas principales incluyen congestión nasal, tos, rinitis, dolor de garganta, fiebre y estornudos.

CARDIOVASCULARES: Infartos, derrames, insuficiencia cardíaca, soplos al corazón, angina, aterosclerosis, accidente cerebro vascular apoplejía, enfermedades cerebro vasculares, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad vascular periférica, várices, trombosis.

DIGESTIVAS: Enfermedad diarreica aguda, parasitosis, infecciones digestivas, salmonelosis, fiebre tifoidea, intoxicación alimentaria, cólera, indigestión, apendicitis, gastritis, colitis, úlceras pépticas, hepatitis, fibrosis quística, colecistitis (infección en la vesícula biliar), coleditis (cálculos en la vesícula biliar), pancreatitis.

PROBLEMAS DE LA PIEL: Dermatitis, roncha, acné, psoriasis, sarpullido, eccema, hiper-pigmentación, rosácea, pecas, herpes, verrugas.

PROBLEMAS DE LOS OJOS: Desprendimiento de la retina, hipermetropía, estrabismo, miopía, glaucoma, cataratas, orzuelos, degeneración macular

PROBLEMAS NEUROMUSCULARES: Mialgias (dolor muscular), neuritis, distrofia muscular (debilidad muscular y pérdida de la masa muscular), torceduras y distensiones, calambres o tendinitis, miositis (inflamación).

PROBLEMAS DENTALES: Caries, gingivitis, piorrea, dolor de muelas, dientes impactados, bruxismo.

PROBLEMAS DEL EMBARAZO: fatiga, acidez, problemas de espalda, cambios de humor, trastornos del sueño, náuseas matutinas, sofocos y sudores, calambres en las piernas, estreñimiento.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: Depresión, ansiedad, fobias, adicciones, obsesiones, inseguridad, timidez, estados de ánimo cambiantes, hipocondría (miedo a padecer una enfermedad), trastornos del sueño, en general comportamientos inadecuados que impiden a las personas adaptarse a su medio.

PROBLEMAS ÓSEOS: artrosis, osteoporosis, enfermedad de paget, osteoartritis, escoliosis, lordosis.

FRACTURAS, HERIDAS, GOLPES

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, artritis.

ENFERMEDAD DE LA MUJER: Falta de menstruación (no por causas del embarazo), menstruaciones irregulares, menstruaciones dolorosas, quistes en ovarios, mastitis, menopausia, tumor en las mamas, dolor permanente en la pelvis, infecciones vaginales, infertilidad, inflamación de los ovarios, inflamación de las trompas de falopio, incontinencia, osteoporosis, cáncer de útero, mama, vagina, ovario.

ENFERMEDAD DEL HOMBRE: Prostatitis, varicocele (enfermedades del testículo), inflamaciones del glándula, cáncer del pene, testículos, próstata, impotencia.

ENFERMEDADES TRADICIONALES: mal de ojo, mal aire, espanto

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES: Paludismo, dengue, leishmaniosis, fiebre amarilla.

PREVENIBLES POR VACUNACIÓN: Rubéola, hepatitis B, tosferina, tétanos, tétanos neonatal, difteria, poliomielitis, sarampión, influenza, varicela.

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS		PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS				
		PROBLEMAS DE SALUD	ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD			
<div>(...) Para tratar sus problemas de salud, acude o acudiría principalmente a:</div> <div>MEDICINA GENERAL (CONVENCIONAL)?.....1</div> <div>MEDICINA ALTERNATIVA Homeopatía?.....2 Acupuntura?.....3 Fitoterapia?.....4</div> <div>MEDICINA ANCESTRAL? (curanderos/shaman/ partera/impiador).....5</div> <div>Otro, cuál?.....6 Especifique.....6</div>		<div>(...) en los últimos 30 días (de...a...) tuvo alguna enfermedad, accidente, quemadura, dolor de muela, oído o algún otro malestar aunque éste haya sido pasajero?</div> <div>Excluye control del embarazo, atención del parto y control posparto</div> <div>Si.....1 No.....2 Pase a P. 41</div>	<div>¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave que tuvo (...) en los últimos 30 días?</div> <div>Problemas respiratorios.....1 Problemas psicológicos.....9 Problemas cardiovasculares.....2 Problemas óseos.....10 Problemas digestivos o vómito...3 Fracturas, heridas, golpes.....11 Problemas de la piel.....4 Enfermedades crónicas.....12 Problemas de los ojos.....5 Enfermedades de la mujer.....13 Problema neuro musculares.....6 Enfermedades del hombre.....14 Problemas dentales.....7 Enfermedades tradicionales....15 Problemas del embarazo.....8 Otro, cuál?.....16 Especificar.....16</div>	<div>¿Hace cuánto tiempo ocurrió el (la) (problema de salud) de (...) por primera vez?</div> <div>UNIDAD TIEMPO</div> <div>Días.....1 Meses.....2 Años.....3 No sabe.....88 No responde.....99 MENOS DE UN DÍA = 00</div>	<div>En los últimos 30 días, (...) ¿cuántos días ha estado con el (la)...(problema de salud)?</div> <div>MENOS DE UN DÍA = 00</div>	
COD PER	1	2	3	4	5	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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD

(...) qué hizo como primera acción para solucionar el (problema de salud)....:	¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el (problema de salud)?	(...) a dónde acudió o quién le atendió por el (problema de salud)?	¿Cuál fue el motivo principal por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)?
Visitó un hospital, dispensario centro o subcentro de salud; consultó a un médico, curandero, etc.?..... 1	Enfermedad o accidente leve 1 No tuvo tiempo 2 El centro de atención queda lejos 3 Muy caro 4 Atención de mala calidad 5 Falta de dinero 6 No pudo dejar la casa o a los niños 7 Conoce la enfermedad 8 No puede dejar de trabajar 9 En tratamiento 10 Otra, ¿cuál? 11	Establecimientos de salud MSP 1 Hospital IESS 2 Dispensario IESS 3 Dispensario Seguro Campesino 4 Hospital FFVA / Policía 5 Hospital / Clínica Privada 6 Junta de Beneficencia 7 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 8 Fundación / ONG 9 Farmacia 10 Consultorio Médico/Dental/Homeopata 11 Centro Naturista/Acupuntura 12 Curandero/Partera/Sobador 13 Otro, ¿cuál? 14	Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Tiene seguro 4 Sugerido por otras personas/ profesional 5 Es gratis 6 Convenio con el IESS 7 Otra, ¿cuál? 8
Obtuvo atención en su casa por un médico, enfermera, curandero, etc.?..... 2	Pase a P. 20 2		
Se automedicó?..... 3	Pase a P. 23 3		
Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?..... 4	Pase a P. 29 4		
No hizo nada?..... 5	Pase a P. 41 11	Pase a P. 10 14	

COD. PER.	6	7	8	9	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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?		En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (Incluir el gasto de ida y regreso)		Una vez que (...) llegó al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran? (No incluye atención de recepcionista)		Cuando (...) llegó al (establecimiento o proveedor de salud) ¿quién le atendió por su problema de salud:		(...) ¿qué atención o servicio de salud recibió principalmente en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)?		Por el problema de salud que tuvo (...) ¿gastó en consultas, medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc., en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:	
<div>NO SE TRASLADÓ = 00</div>		<div>NO GASTÓ=00</div>				Médico? 1 Dentista? 2 Enfermera? 3 Auxiliar de enfermería? 4 Farmacéutico? 5 Curandero/partera/sobador? 6 Otra, ¿cuál? 7 Especifique _____		Emergencia 1 Consulta externa 2 Consulta de especialidades 3 Medicina integral/general 4 Laboratorio clínico 5 Imagenología 6 Rehabilitación 7 Medicamentos 8 Curaciones (curación ancestral) 9 Hospital del día (en observación) 10 Otra, ¿cuál? 11		<div> (Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso) Sí? 1 No gastó/gratis? 2 No gastó/ es afiliado cubierto? 3 Pase a P. 17 </div>	
COD PER	DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	DÍAS	HORAS	MINUTOS	13	14	15	COD PER
01	10			11	12						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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD			GASTOS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD			ATENCIÓN EN CASA			AUTOMEDICACIÓN														
(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)						(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)																	
¿Por el o los gasto(s) que tuvo (...) en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:			(...) ¿compró medicamentos fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? SI... 1 NO... 2			(...) ¿tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? SI... 1 NO... 2			(...) ¿realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? Pase a P. 26 SI... 1 NO... 2			¿Quién le atendió (...) la última vez, por su problema de salud en la casa: Médico del barrio (MSP)?..... 1 Médico?..... 2 Enfermera?..... 3 Auxiliar de Enfermería?..... 4 Farmacéutico?..... 5 Curandero/partera/sobador?.. 6 Otra, cuál?..... 7 Especifique			¿Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la última vez? No Pagó = 00			(...) ¿compró medicamentos, preparados u otros medicamentos o remedios o pago por exámenes, radiografías, etc.? Pase a P. 26 SI... 1 NO... 2			¿Por medio de quién o de dónde obtuvo la información acerca de estos medicamentos(...)? Farmacéutico..... 1 Internet..... 2 Radio o televisión..... 3 Conocido (no profesional de salud)..... 4 Usted sabía..... 5 Otro, ¿cuál?..... 6 Especifique		
COD PER	CÓDIGO	CUÁNTO PAGÓ? PERSONA SEGURO/OTRO	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	DÓLARES	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	COD PER											
	16		17		18		19		20	21	22	23											
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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

AUTOMEDICACIÓN

RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD

¿Dónde obtuvo las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse?	¿Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse? (Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)	Con la primera acción que (...) hizo, ¿se resolvió o se curó del [la] ... (problema de salud) ?	¿Qué otra acción hizo: Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud? 1 Visitó otro establecimiento o proveedor de salud? 2 Obtuvo atención en la casa de un médico, enfermera curandero? 3 Se automedicó? 4 Siguió el tratamiento del médico? 5 Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.? ... 6 No hizo nada? 7 Otra, ¿cuál? 8	¿Cuál fue el motivo por el que (...) no resolvió el (problema de salud)? Enfermedad o accidente leve 1 No tuvo tiempo 2 El centro de atención queda lejos ... 3 Muy caro 4 Atención de mala calidad 5 Falta de dinero 6 No pudo dejar la casa o a los niños 7 Conocer la enfermedad 8 No pudo dejar de trabajar 9 Otra, ¿cuál? 10
Farmacia? 1 Mercado? 2 Tienda? 3 Familiar/amigo? 4 Lo tenía en casa? 5 Huerto? 6 Otro, ¿cuál? 7 Especifique	NO PAGÓ = 00 Ver en pregunta 3 si es opción 12, enfermedad Crónica (hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, otras) Pase a P. 41	SI 1 Pase a P. 41 NO 2	Pase a P. 37 Pase a P. 29 Pase a P. 37 Pase a P. 37	Pase a P. 41

VALOR EN DÓLARES

COD. PER.	24	25	26	27	28	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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS

(...) dónde estuvo hospitalizado?	¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?	¿Gastó (...) por la hospitalización, (incluye medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc. dentro del establecimiento o proveedor de servicio de salud):	¿Por el o los gasto(s) que tuvo (...) en hospitalización:	¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización?
Hospital MSP 1 Hospital / Clínica IESS 2 Hospital FFAA / Policía 3 Hospital / Clínica Privada 4 Junta de Beneficencia 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6 Fundación / ONG 7 Otro, ¿cuál? 8 Especifique	DÍAS HORAS MINUTOS	Sí? 1 No gastó/gratis? 2 No gastó/ es afiliado cubierto? 3 Pase a P. 34	Pagó todo? 1 Pagó una parte y el resto gratis? 2 Pagó una parte (seguro privado)? 3	Ahorros propios 1 Préstamo bancario 2 Préstamo familiar 3 Préstamo de amigos, conocidos 4 Tuvo que vender algo 5 Tarjeta de crédito 6 Otro, ¿cuál? 7 Especifique

contexto a código

FORMA DE PAGO
PERSONA
SEGURO/OTRO

COD PER	29	30	31	32	33	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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS					OTRAS ACCIONES								
Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿compró medicamentos fuera del (establecimiento)?		Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿se hizo exámenes de laboratorio fuera del (establecimiento)?		Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿se hizo radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc. fuera del (establecimiento)...?		Finalmente ¿se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) que tuvo (...) durante los últimos 30 días?		¿Qué otra acción hizo (...) principalmente:		¿Cuántas veces más (...) se trató por ella (problema de salud) que tuvo durante los últimos 30 días?		¿Cuánto más gastó en total?	
SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2		SI 1 Pase a P. 41 No 2		1 2 3 4 5 6 7 8 Otra, ¿cuál? Especifique					
CÓDIGO	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	37	38	39	40	COD PER			
34		35		36									
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

Ahora le voy a realizar preguntas sobre atención preventiva, en los **últimos 30 días** (de..., a ...), (...) ¿se hizo chequear por un médico psicólogo, dentista, curandero, boticario o sobador, le visitó en su domicilio el médico del barrio, o recibió algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano, medir la presión, control odontológico, etc.?

Excluye control del embarazo

Si..... 1

No..... 2

Pase a P. 54

(...) ¿a dónde acudió para hacerse el chequeo o control de su salud:

Establecimientos de salud MSP? 1

Hospital IESS? 2

Dispensario IESS? 3

Dispensario Seguro Campesino? 4

Hospital FFAA / Policía? 5

Hospital / Clínica Privada? 6

Junta de Beneficencia? 7

Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud? 8

Fundación / ONG 9

Farmacia? 10

Consultorio Médico/Dental/Homeopata? 11

Centro Naturalista/Acupuntura? 12

Curandero/Partera/Sobador? 13

Otro, ¿cuál? 14

¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)?

Está cerca 1

Precios bajos 2

Buena calidad 3

Tiene seguro 4

Sugerido por otras personas/profesional 5

Es gratis 6

No hay otro Establecimiento 7

Otro, ¿cuál? 8

¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?

DÍAS

HORAS

MINUTOS

NO SE TRASLADÓ = 00

No Gasto = 00

En total, ¿cuánto gastó (...) en transporte para llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (Incluir el gasto de ida y regreso)

DÓLARES

Una vez que (...) llegó al... (establecimiento o proveedor de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetra, odontólogo, laboratorista, psicólogo, profesional de salud)?

HORAS

MINUTOS

COD PER	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

16

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

PERDIDA DE INGRESOS O TRABAJO

¿(…) Qué atención o servicios de salud recibió principalmente:		Por el control preventivo que tuvo (….) ¿gastó en consultas, medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc. en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:		¿Por el o los gasto(s) en el control preventivo que tuvo (….) en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:		¿(…) ¿se realizó exámenes o efectuó otro gasto fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?		¿Cuándo tuvo el (los) problema (s) de salud o se estuvo haciendo chequear (….) ¿faltó o dejó de trabajar:		¿Cuántos días faltó (….)?		¿Cuánto ingreso perdió (….) por no ir a trabajar en esos días?	
COD PER	47	48	49		50	51	52	53	COD PER				
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES

Durante los últimos 12 meses (de...a...), tuvo alguna enfermedad o accidente por el cual (...) estuvo hospitalizado(a)?		¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave por el que (...) tuvo que hospitalizarse?		¿Dónde estuvo hospitalizado la última vez:		¿Cuántas veces se ha atendido (...) en los últimos 12 meses por un problema de salud que requirió ingreso hospitalario? (más de 24 horas ingresado en un hospital).		¿Cómo calificaría el estado de salud actual de (...):		Comparando el estado de salud actual de (...) con el de hace un año ¿diría usted que está:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> INCLUYE Problemas del embarazo </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> EXCLUYE atención del parto </div>		Problemas respiratorios?.....1 Problemas cardiovasculares.....2 Problemas digestivos o vómito?.....3 Problemas de la piel?.....4 Problemas de los ojos?.....5 Problemas neuro musculares?.....6 Problemas dentales?.....7 Problemas del embarazo?.....8 Problemas psicológicos?.....9 Problemas óseos?.....10 Fracturas, heridas, golpes?.....11 Enfermedades crónicas?.....12 Enfermedades de la mujer?.....13 Enfermedades del hombre?.....14 Enfermedades tradicionales?.....15 Otro, ¿cuál?.....16		Hospital MSP?.....1 Hospital IESS?.....2 Hospital FF.AA/ Policía?.....3 Hospital/ Clínica privada?.....4 Junta de Beneficencia?.....5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud?.....6 Fundación/ ONG?.....7 Otro, ¿cuál?.....8		Excelente?.....1 Muy bueno?.....2 Bueno?.....3 Regular.....4 Malo?.....5		Mejor?.....1 Igual?.....2 Peor?.....3 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Menor de 1 año no aplica </div>	

PARTE E: PERCEPCIÓN DE SALUD

COD PER	54	55	56	57	58	59	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: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE F: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

OBSERVACIONES

Tomando en cuenta la última atención médica, si (...) ¿regresaría a ese mismo lugar para atenderse?		Por qué NO regresaría:					Por qué SI regresaría:					OBSERVACIONES
<div> <div>Si..... 1</div> <div>Pase a P. 62</div> </div> <div>No..... 2</div>		Por qué NO regresaría: Mala atención?..... 1 No había medicamentos?..... 9 No se curó, no mejoró?..... 2 Horario no adecuado?..... 10 Era caro el servicio?..... 3 No le explican lo que debe hacer?..... 11 Generalmente pasa cerrado?..... 4 La consulta fue breve, no le prestan atención?..... 12 Lo transfirieron a otro médico, servicio?..... 5 Esta lejos el establecimiento?..... 6 Tiene que madrugar a coger turno?..... 13 Tuvo que esperar mucho tiempo?..... 7 No hay suficientes turnos?..... 14 No había lo necesario?..... 8 Otro, ¿cuál?..... 15 <div>PASE A LA SECCIÓN 5</div> <div>Especifique.....</div>					Por qué SI regresaría: Tiempo de espera corto?..... 1 El personal lo conoce hace tiempo?..... 9 Buen horario?..... 2 Lo revisaron bien?..... 10 Es gratuito?..... 3 Se curó o se mejoró?..... 11 Es barato?..... 4 Le prestaron atención?..... 12 Le dieron medicamentos?..... 5 Le explicaron bien lo que debe hacer?..... 13 Tiene todo lo necesario?..... 6 No existe otro centro de salud, es el único?..... 14 El personal es amable, lo tratan bien?..... 7 Es afiliado o cubierto?..... 15 Tiene confianza con el personal?..... 8 Otro, ¿cuál?..... 16 <div>Especifique.....</div>					
COD PER	60	61					62					
Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3							
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

fuera de edad.

REGISTRO

PARTE A: CONTROL PRENATAL

<p> <input checked="" type="checkbox"/> texto del flujo Mujeres de 10 a 49 años 1 Hombres o Mujeres menores de 10 años o mayores de 49 años 2 PASE A LA SECCIÓN 6 </p>		<p> (...) actualmente o en los últimos 12 meses (de al) ha estado embarazada? SI 1 NO 2 Pase a P. 14 Nunca estuvo embarazada 3 PASE A LA SECCIÓN 6 </p>		<p> Durante los últimos meses, ¿cuántas veces (...) se hizo el control del embarazo? Una y más veces Pase a P. 5 Ninguna = 00 CONTINUE No. VECES </p>		<p> ¿Cuál fue la razón por la que (...) no se hizo el control del embarazo? No sabía 1 No es necesario 2 No hay establecimiento/proveedor servicios de salud cerca 3 Precios altos 4 Mala calidad 5 No tiene dinero 6 No tiene tiempo 7 No puede dejar de trabajar 8 Nadie para dejar la casa o los niños 9 Otra, cuál? 10 Especificar Pase a P. 14 </p>		<p> (...) a dónde acudió o quién le atendió la última vez que se realizó el control del embarazo? Establecimiento de Salud MSP 1 Hospital/Clinica/Dispensario IESS 2 Dispensario Seguro Campesino 3 Hospital FF/AA /Policia 4 Junta de Beneficencia 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6 Fundación / ONG 7 Hospital, Clínica, Consultorio Privado 8 Partera 9 Otro, ¿cuál? 10 Especifique </p>		<p> ¿Cuál fue el motivo principal por el que (...) eligió el (establecimiento de salud o proveedor de salud)? Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Experiencia anterior 4 Tiene seguro 5 Sugirió por otras personas 6 No hay otro establecimiento/es el único 7 Es gratuito 8 Otro, ¿cuál? 9 Especifique </p>		<p> ¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)? (Incluir ida y regreso) NO SE TRASLADÓ = 00 </p>	
COD PER	1	2	3	4	5	6	7	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 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

PARTE A: CONTROL PRENATAL

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

PARTE A: CONTROL PRENATAL				PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO											
En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (Incluir ida y regreso)		Una vez que (...) llegó al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, enfermera)?		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?		¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?		En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto?		¿Por qué (...) no acudió a un establecimiento de salud?					
(Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso) NO GASTÓ = 00		(...) ¿cuánto ha gastado en total por su embarazo en consultas, medicinas, exámenes, de laboratorio o imagen? (Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso) NO GASTÓ = 00		¿Cuando asistía o asiste a los controles prenatales (...) faltó o dejó de trabajar? SI 1 No 2 No trabaja 3 Pase a P. 14		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo? MEJORES DE 1 DÍA = 00		¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? NO PERDIDIO = 00		En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto? SI 1 NO 2 Pase a Sección 6		(...) ¿dónde acudió? Establecimiento de Salud MSP 1 Hospital/Clinica/Dispensario IESS 2 Dispensario Seguro Campesino 3 Hospital FFAA /Policia 4 Junta de Beneficencia 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6 Fundación / ONG 7 Hospital, Clínica, Consultorio Privado 8 En casa 9 Otro, ¿cuál? 10 Especifique		¿Por qué (...) no acudió a un establecimiento de salud? Centro de atención queda lejos 1 No hay transporte 2 Precios altos 3 No tiene con que pagar 4 No hay equipos 5 Mala calidad 6 Malos tratos 7 Otra, ¿cuál? 8 Especifique	
COD PER	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	DÍAS	DÓLARES	DÍAS	DÓLARES	DÍAS	DÓLARES	DÍAS	DÓLARES	DÍAS		
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)...?		¿Cuánto tiempo le tomó a (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ?</td <td colspan="2">En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...<!--? (Incluir ida y regreso)</td--> <td colspan="2">Una vez que (...) llegó al (establecimiento o proveedor de servicios de salud) ... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetra, partera)?</td> <td colspan="2">¿Cuánto gastó (...) en el parto?</td> <td colspan="2">Cuando (...) dio a luz, ¿faltó o dejó de trabajar:</td> <td colspan="2">¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?</td> <td colspan="2">¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?</td> <td colspan="2">¿Se hizo control postparto (...)?</td> <td colspan="2">¿Cuánto tiempo después del parto (...), se hizo el primer control postparto?</td> </td>		En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ? (Incluir ida y regreso)</td <td colspan="2">Una vez que (...) llegó al (establecimiento o proveedor de servicios de salud) ... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetra, partera)?</td> <td colspan="2">¿Cuánto gastó (...) en el parto?</td> <td colspan="2">Cuando (...) dio a luz, ¿faltó o dejó de trabajar:</td> <td colspan="2">¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?</td> <td colspan="2">¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?</td> <td colspan="2">¿Se hizo control postparto (...)?</td> <td colspan="2">¿Cuánto tiempo después del parto (...), se hizo el primer control postparto?</td>		Una vez que (...) llegó al (establecimiento o proveedor de servicios de salud) ... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetra, partera)?		¿Cuánto gastó (...) en el parto?		Cuando (...) dio a luz, ¿faltó o dejó de trabajar:		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?		¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?		¿Se hizo control postparto (...)?		¿Cuánto tiempo después del parto (...), se hizo el primer control postparto?	
Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Tiene seguro 4 Sugerido por otras personas/ profesional 5 Es gratis 6 No hay otro establecimiento, es el único 7 Por costumbre 8 Otro, ¿cuál? 9		NO SE TRASLADO = 00 HORAS MINUTOS		NO GASTÓ = 00 DÓLARES		NO ESPERÓ = 00 HORAS MINUTOS		(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso) NO GASTÓ = 00 DÓLARES		Si 1 No 2 No trabaja... 3 Pase a P. 25		DÍAS		NO PERDIO = 00 DÓLARES		SI 1 NO 2 Pase a la Sección 6		Cuarenta días 1 Más de cuarenta días 2 Menos de cuarenta días.. 3	
COD PER	17	18	19	20	21	22	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								

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

PARTE C: CONTROL POST PARTO

¿En qué lugar tuvo el control de postparto?		¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)...?		¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?		En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (Incluir ida y regreso)		Una vez que (...) llegó al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetra, partera)?		¿Cuánto pagó por la atención, medicamentos, exámenes de laboratorio, etc.?		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?		¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar esos días?	
COD PER	27	28	29	30	31	32	33	34	35	COD PER					
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

- 1 Establecimiento de Salud MSP
- 2 Hospital/Clinica/Dispensario IESS
- 3 Dispensario Seguro Campesino
- 4 Hospital FF/AA /Policia
- 5 Junta de Beneficencia
- 6 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud
- 7 Fundación / ONG
- 8 Hospital, Clínica, Consultorio Privado
- 9 Partera
- 10 Otro, ¿cuál? Especifique

- 1 Está cerca
- 2 Precios bajos
- 3 Buena calidad
- 4 Tiene seguro
- 5 Sugerido por otras personas/profesional
- 6 Es gratis
- 7 Por costumbre
- 8 Otro, ¿cuál? Especifique

NO SE TRASLADO = 00

NO GASTO = 00

NO ESPERÓ = 00

NO GASTO = 00

Si 1
No 2
No trabaja .. 3

MEJORES DE 1 DÍA = 00

NO PERDIÓ = 00

PASE A SECCIÓN 6

Seguiente a la
Policia
dolores.

SECCIÓN 6: SEGURIDAD ALIMENTARIA JEFE O CÓNYUGE

Señor ENCUESTADOR: leer en forma pausada.

A continuación se realizarán preguntas relacionadas a la seguridad alimentaria de su hogar.

Considere que en las siguientes preguntas la frase "falta de dinero u otros recursos" se refiere a falta de recursos monetarios y/u otros medios para adquirir alimentos.

Además, no considere como motivos de respuesta, aspectos relacionados a dietas para perder peso, por salud o motivos religiosos.

Número de orden		1. En los últimos 12 meses en su hogar, alguna vez por falta de dinero u otros recursos:		1a. ¿Qué tan seguido sucedió:	
		<div>SI 1 NO 2</div> <div>Pase preg. 1a. Siguiente ítem</div>		<div>Casi todos los meses? 1 Algunos meses pero no todos? 2 Solamente 1 ó 2 meses? 3</div>	
		COD.			
01	¿Usted u otra persona adulta se preocupó por no tener suficientes alimentos?				
02	¿Usted u otra persona adulta dejó de comer alimentos saludables y nutritivos?				
03	¿Usted u otra persona adulta tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?				
04	¿Usted u otra persona adulta en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?				
05	¿Usted u otra persona adulta comió menos de lo que pensaba que debía comer?				
06	¿Se quedaron sin alimentos?				
07	¿Usted u otra persona adulta sintió hambre pero no comió?				
08	¿Usted u otra persona adulta comió solo una vez al día?				
09	¿Usted u otra persona adulta dejó de comer durante todo un día?				
Señor encuestador: Si en el hogar no existen personas menores de 18 años de edad, pase a la P. 3 (Cédula)					
Número de orden	2. En los últimos 12 meses en su hogar, algún menor de 18 años, alguna vez por falta de dinero u otros recursos:		2a. ¿Qué tan seguido sucedió:		
	<div>SI 1 NO 2</div> <div>Pase preg. 2a. Siguiente ítem</div>		<div>Casi todos los meses? 1 Algunos meses pero no todos? 2 Solamente 1 ó 2 meses? 3</div>		
	COD.				
01	¿Dejó de tener una alimentación saludable?				
02	¿Tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?				
03	¿Dejó de desayunar, almorzar o cenar?				
04	¿Comió menos de lo que debía?				
05	¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas?				
06	¿Sintió hambre pero no comió?				
07	¿Solo comió una vez al día?				
08	¿Dejó de comer durante todo un día?				

3. Tiene Registre el número de cédula de los miembros del hogar

Si 1
No 2
No responde 3

Tiene cédula pero no recuerda 888888888
No se encontró al informante 999999999

4. El número del documento de identidad del informante

SI 1
NO 2

COD. PER.	Cód	Número										SI 1 NO 2
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

Señor encuestador: Solicite a los miembros del hogar la cédula de ciudadanía para diligenciar esta pregunta y luego continúe con la sección 7

SECCIÓN 7: ANTROPOMETRÍA - PARA TODAS LAS PERSONAS

Señor/a encuestador/a registre si realizó la medición del PESO y la TALLA de (...)?		¿En qué fecha NACIÓ (...)?			Registre la fecha de la MEDICIÓN de (...)			El PESO de (...)			La LONGITUD de (...)			La TALLA de (...)			Registre la razón por la que no pudo tomar el PESO y la LONGITUD/ TALLA de (...)?		
<div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Pase a P. 7</div>		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	Peso 1	Peso 2	Peso 3	Long. 1	Long. 2	Long. 3	Talla 1	Talla 2	Talla 3	<div>CONTINUE CON LA SIGUIENTE PERSONA</div> <div>CONTINUE CON LA SIGUIENTE PERSONA</div> <div>CONTINUE CON LA SIGUIENTE PERSONA</div>		
COD PER	1	2	3	4	5	6	7	COD PER											
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

Indicente hijos.

SECCION 8. ETIQUETADO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PROCESADAS (PARA UNA PERSONA DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

<p>1. SEÑOR ENCUESTADOR: Para el diligenciamiento de esta sección, registre el código y nombre de la persona seleccionada</p> <p>- Código <input type="text"/></p> <p>- Nombre <input type="text"/></p>	<p>8. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el mensaje sobre contenido de edulcorante no calórico?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2 Pase a P.10</p> <p>INDIQUE LA CARTILLA CON EL CONTENIDO DE EDULCORANTE NO CALÓRICO</p>	<p>14. ¿Considera usted que la información del semáforo nutricional de alimentos y bebidas procesados, es confiable:</p> <p>- Mucho?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Algo?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Poco?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Nada?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>19. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea el producto o marca de su preferencia:</p> <p>- Nada importante?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Poco importante?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Importante?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Muy importante?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>2. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos, el semáforo nutricional de alimentos?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2 Pase a P.4</p> <p>INDIQUE LA CARTILLA CON EL SEMÁFORO NUTRICIONAL</p>	<p>9. ¿Entiende el mensaje sobre contenido de edulcorante no calórico que tienen los productos en el empaque?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>15. ¿Considera usted que la información del semáforo nutricional de alimentos y bebidas procesados, le ayuda en la elección de la compra:</p> <p>- Mucho?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Algo?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Poco?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Nada?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>20. ¿El semáforo nutricional influye en su decisión de compra de alimentos?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>3. ¿Entiende el semáforo nutricional que tienen los productos en el empaque?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>10. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el mensaje sobre contenido de transgénicos?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2 Pase a P.12</p> <p>INDIQUE LA CARTILLA CON EL CONTENIDO TRANSGÉNICO</p>	<p>16. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea de fácil preparación:</p> <p>- Nada importante?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Poco importante?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Importante?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Muy importante?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>21. Frente a los alimentos que tienen etiqueta roja, ¿usted los:</p> <p>- Consume más?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Consume menos?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Consume igual?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- No los consume?..... <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>4. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos, el recuadro de información nutricional?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2 Pase a P.6</p> <p>INDIQUE LA CARTILLA DE INFORMACION NUTRICIONAL</p>	<p>11. ¿Entiende el mensaje sobre contenido de transgénicos que tienen los productos en el empaque?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea saludable:</p> <p>- Nada importante?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Poco importante?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Importante?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Muy importante?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>5. ¿Entiende el recuadro de información nutricional que tienen los productos en el empaque?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>12. Cuando compra alimentos y bebidas procesadas, ¿con que frecuencia elige un producto por la información del semáforo nutricional:</p> <p>- Nunca?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Casi nunca?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- A veces?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Casi siempre?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- Siempre?..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>18. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea de buen precio, económico o barato:</p> <p>- Nada importante?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Poco importante?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- Importante?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Muy importante?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 5</p>	
<p>6. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos, los ingredientes?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2 Pase a P.8</p> <p>INDIQUE LA CARTILLA CON LOS INGREDIENTES</p>	<p>13. ¿Con que frecuencia utiliza el semáforo de alimentos para comparar entre productos:</p> <p>- Nunca?..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- Casi nunca?..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>- A veces?..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>- Casi siempre?..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>- Siempre?..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>- NS/NR..... <input type="checkbox"/> 6</p>		
<p>7. ¿Entiende el recuadro de ingredientes que tienen los productos en el empaque?</p> <p>- Si..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- No..... <input type="checkbox"/> 2</p>			