

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

B. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EFECTIVA

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

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.:
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"/>	<input type="text"/>
Visita 2:	2	0	1	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visita 3:	2	0	1	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

JEFE O CÓNYUGE

1. VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA.

(Por observación)

- Carretera/ calle pavimentada o adoquinada 1
- Empedrado..... 2
- Lastrado/ calle de tierra..... 3
- Sendero..... 4
- Río/ Mar..... 5
- Otra, cuál ?..... 6

(Especifique)

2. TIPO DE VIVIENDA (Observación del encuestador)

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

(Especifique)

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

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

(Especifique)

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

- Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón tratado/ piso flotante ?..... 1
- Cerámica/ baldosa/ vinyl ?..... 2
- Mármol/ marmetón ?..... 3
- Cemento/ ladrillo?..... 4
- Tabla/ tablón no tratado ?..... 5
- Caña ?..... 6
- Tierra ?..... 7
- Otro, cuál ?..... 8

(Especifique)

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

- Hormigón/bloque/ladrillo?..... 1
- Asbesto/cemento (fibrolit)?..... 2
- Adobe/tapia?..... 3
- Madera?..... 4
- Bahareque (caña, carrizo revestido)?..... 5
- Caña o estera?..... 6
- Otra, cuál ?..... 7

(Especifique)

6. ¿El estado del (...) de la vivienda es:

BUENO? REGULAR? MALO?

TECHO	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3
PAREDES	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3
PISO	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3

7. ¿De cuántos cuartos dispone este hogar, sin incluir cuartos de cocina, baños, garajes o los dedicados exclusivamente para negocio?

- Número de cuartos

Ninguno = 00

8. ¿De estos cuartos, cuántos utiliza este hogar en forma exclusiva para dormir?

- Número de cuartos exclusivos para dormir

Ninguno = 00

9. ¿Este HOGAR cocina principalmente con:

- Gas?..... 1
- Leña/ carbón?..... 2
- Electricidad? (Inducción)..... 3
- Otro, cuál?..... 4
- No cocina..... 5

10. ¿Con qué tipo de alumbrado cuenta principalmente este hogar:

- Empresa eléctrica pública?..... 1
- Planta eléctrica privada?..... 2
- Vela, candil, mechero, gas?..... 3
- Ninguno?..... 4

11. ¿Cómo elimina este hogar la mayor parte de la basura:

- Servicio municipal ?..... 1
- Botan a la calle/ quebrada/ río?..... 2
- La queman?..... 3
- La entierran?..... 4
- Contratan el servicio?..... 5
- Otra, cuál ?..... 6

(Especifique)

12. ¿El servicio de ducha con que cuenta el hogar es:

- Exclusivo del Hogar?..... 1
- Compartido con otros hogares?..... 2
- No tiene?..... 3

13. ¿Con qué tipo de Servicio higiénico cuenta el hogar:

- Excusado y alcantarillado?..... 1 Pase a P.19
- Excusado y pozo séptico?..... 2
- Excusado y pozo ciego?..... 3
- Letrina?..... 4 Pase a P.15
- No tiene?..... 5 Pase a P.17

14. ¿Los desechos del pozo séptico / pozo ciego terminan en:

- Algún lugar abierto (río, quebrada, acequia, calle, patio, terreno, campo abierto)?..... 1
- Permanecen en el pozo séptico / pozo ciego para luego ser enterrados?..... 2
- Otra parte, siempre que no sea un sitio abierto?..... 3
- No sabe..... 4

Pase a P.16

15. ¿Con qué tipo de letrina cuenta el hogar:

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

16. ¿Ha vaciado alguna vez el pozo séptico/ pozo ciego/ letrina que utiliza?

- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 3

Pase a P. 20

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

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

Pase a P. 21

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

- Excusado y alcantarillado?..... 1
- Excusado y pozo séptico?..... 2
- Excusado y pozo ciego?..... 3
- Letrina?..... 4

Pase a P. 21

19. ¿Comparte usted el servicio higiénico que tiene con otras personas que no son miembros de este hogar?

- 1. Si
- 2. No

20. ¿El servicio higiénico con que cuenta el hogar está ubicado:

- Dentro de la vivienda..... 1
- Fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno?..... 2
- Fuera de la vivienda, pero fuera del lote o terreno?..... 3

21. ¿De dónde obtiene el agua principalmente este hogar:

- Red pública?..... 1
- Pila o llave pública?..... 2
- Otra fuente por tubería?..... 3
- Carro repartidor/triciclo?..... 4
- Pozo?..... 5
- Río/ vertiente/ acequia?..... 6
- Otro, cuál?..... 7

(Especifique)

Pase a P. 24

Pase a P. 24

22. ¿Tiene medidor de agua?

- 1. Si
- 2. No

23. ¿El agua que obtiene es de la Junta de Agua?

- 1. Si
- 2. No

24. ¿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

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/ triciclo tanquero?.. 4
- Agua embotellada /envasada?..... 5
- Agua en funda?..... 6
- Pozo entubado/Pozo protegido?.... 7
- Pozo no protegido?..... 8
- Manantial/vertiente protegida?..... 9
- Manantial/vertiente NO protegida?.. 10
- Río o acequia?..... 11
- Recogen agua de la lluvia?..... 12
- Otra, cuál ?..... 13

(Especifique)

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

(Especifique)

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 aseo que pudo encontrar en el lugar de lavado de manos (admite más de una respuesta):

- Jabón (en barra o líquido) 1
- Detergente (en polvo / líquido / en pasta)... 2
- Ceniza/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

(Especifique)

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 (admite más de una respuesta):

- Jabón (en barra o líquido) ?..... 1
- Detergente (en polvo / líquido / en pasta)?..... 2
- Ceniza/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
- Recibida 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:

Cuántos
tiene?

BIEN		A		B
1	REFRIGERADORA?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
2	COMPUTADORA?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
3	LAVADORA?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
4	LICUADORA?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
5	HORNO, MICROONDAS?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
6	PLANCHA?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
7	TELEVISOR?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
8	DVD?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
9	CALEFÓN?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
10	LÍNEA TELFÓNICA?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	
11	CARRO?	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2	→ SB	

- REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR – PARA TODAS LAS PERSONAS

[illegible]

SECCIÓN 2: - INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARENTESCO	SEGURO		IDENTIFICACIÓN ÉTNICA	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR											
¿Cuál es el parentesco de (...) con el jefe (a) De este hogar? - Jefe/a de hogar.....1 - Cónyuge.....2 - Hijo/a.....3 - Yerno / nuera.....4 - Nieto / nieta.....5 - Padres / suegros....6 - Otros parientes.....7 - Empleada/o dom....8 - Otros no parientes..9	¿(...) está afiliado o cubierto por: - IESS, Seguro Genera.....1 - IESS, Seguro Voluntario.....2 - Seguro Campesino?.....3 - Seguro del ISSFA/ISSPOL...4 - Seguro de salud privado5 - Ninguno?.....6		¿Cómo se IDENTIFICA (...) según su cultura y costumbres: - Indígena?.....1 - Afroecuatoriano/a Afrodescendiente?.....2 - Negro/a?.....3 - Mulato/a?.....4 - Montuvio/a?.....5 - Mestizo/a?.....6 - Blanco/a?.....7 - Otra, cuál?.....8 (Especifique)	Usted (...): - Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes?.....A - Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono?.....B - Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?.....C - Tiene dificultad para recordar o concentrarse?.....D - Tiene dificultad para bañarse o vestirse ?.....E - Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse es decir comprender o ser comprendido ?.....F <div> <div>Ninguna dificultad.....1</div> <div>Si respondió todo código 1 Pase a P. 14</div> </div> <div> <div>Algo de dificultad.....2</div> <div>Mucha dificultad.....3</div> <div>No puede hacer Nada....4</div> </div>						¿Tiene (...) carné de discapacidad emitido por el CONADIS o el MSP? <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div> <div>Pase a P.13</div>	¿Qué porcentaje tiene (...)?	¿Fue visitado (...) por la Misión Manuela Espejo?	¿El padre de (...) vive en este hogar? <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div>		
	Altern. 1	Altern. 2		A	B	C	D	E	F				CÓD	CÓD PERS.	
CÓD PER	7	8	9	10						11	12	13	14		
01	1														
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

SECCIÓN 2: - INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			ESTADO CIVIL/ CONYUGAL	CARÁCTERISTICAS EDUCACIONALES - PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS									
¿La madre de (...) vive en este hogar? <div>Si.....1</div> <div>No.....2</div>			Para personas de 12 años y más ¿Actualmente, cuál es su ESTADO CIVIL ó CONYUGAL? Casado.....1 Unión libre.....2 Unión de hecho....3 Separado.....4 Divorciado.....5 Viudo.....6 Soltero.....7	¿Asiste (...) actualmente a clases? <div>SI 1</div> <div>NO 2</div> <div>Pase a P.19</div>	¿(...) asiste a la jornada de: La mañana?..... 1 La tarde?..... 2 La noche?..... 3 Jornada Integral?..... 4 Dos jornadas?..... 5 A distancia?..... 6	¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó (...)?		¿Sabe (...) leer y escribir? <div>SI....1</div> <div>NO...2</div> <div>Pase a P. 23</div>	¿Por estudios realizados obtuvo algún título superior? <div>SI....1</div> <div>NO...2</div>	¿Qué título obtuvo (...)?	TIC'S		
						NIVELAÑO APROBADO					¿(...) tiene teléfono celular activado? <div>SI 1</div> <div>NO 2</div>		CÓD.
COD PER	CÓD	CÓD PERS.											COD PER
	15		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 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS (PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE CALIFICADO)

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 seguro va a 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 (...):
	Trabajó al menos una hora? 1 Pase a P.10 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 Pase a P.10 Pase a P.3	Si 1 NO 2 Pase a P.5	Vacaciones o días feriados..... 1 Enfermedad o accidente..... 2 Huelga o paro..... 3 Licencia con sueldo..... 4 Licencia sin sueldo..... 5 Suspensión temporal del trabajo 6 Otro, cuál? (Especifique)..... 7 Pase a P.10	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 Buscar 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 P.7	Tiene un trabajo esporádico u ocasional?..... 1 Tiene un trabajo Para empezar inmediatamente? 2 Espera respuesta a una gestión para empresa o negocio propio?..... 3 Espera respuesta de un empleador u otras gestiones para conseguir empleo?..... 4 Espera cosecha o temporada de trabajo?..... 5 Piensa que no le darán trabajo o se cansó de buscar?..... 6 No cree poder encontrar?..... 7 No tiene necesidad o deseos de trabajar?..... 8 No tiene tiempo?..... 9 Su cónyuge o su familia no le permiten?..... 10 Está enfermo/incapacitado?..... 11 No está en edad de trabajar?..... 12 Pase a P.8 Pase a P.9	

COD PER	COD. PER. INF.	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 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS (PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE CALIFICADO)

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

¿(...) está disponible para trabajar?	¿ (...) es: Rentista?..... 1 Jubilado o pensionado?..... 2 Estudiante?..... 3 Ama de casa?... 4 Incapacitado?... 5 Otro, cuál? (Especifique)..... 6	RAMA DE ACTIVIDAD	GRUPO DE OCUPACIÓN	CATEGORÍA DE OCUPACIÓN	SITIO DE TRABAJO
		¿A qué se dedica principalmente la empresa, negocio, establecimiento, institución o finca donde trabaja o trabajó (...)?	¿En relación a su ocupación, qué trabajo realiza(ba) (...)?	En el lugar indicado (...) trabaja o trabajó como: Empleado(a)/obrero(a) de gobierno/ estado?..... 1 Empleado(a)/obrero(a) privado?..... 2 Jornalero(a) o peón?..... 3 Patrono(a)?..... 4 Cuenta propia?..... 5 Trabajador(a) del hogar no remunerado?..... 6 Trabajador(a) no remunerado en otro hogar?..... 7 Empleado(a) Doméstico(a)?..... 8	¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (...): 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>Si 1</div> <div>Pase a P.23</div> <div>No 2</div>	<div>Pase a P.23</div>	DESCRIBA LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES	REGISTRE LAS TAREAS PRINCIPALES		
		USO INEC	USO INEC		

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

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS (PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE CALIFICADO)

INGRESOS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
1	1.1
2	2.1
3	3.1
4	4.1
5	5.1
6	6.1
7	7.1
8	8.1
9	9.1
10	10.1
11	11.1
12	12.1
13	13.1
14	14.1
15	15.1
16	16.1
17	17.1
18	18.1
19	19.1
20	20.1
21	21.1
22	22.1
23	23.1
24	24.1
25	25.1
26	26.1
27	27.1
28	28.1
29	29.1
30	30.1
31	31.1
32	32.1
33	33.1
34	34.1
35	35.1
36	36.1
37	37.1
38	38.1
39	39.1
40	40.1
41	41.1
42	42.1
43	43.1
44	44.1
45	45.1
46	46.1
47	47.1
48	48.1
49	49.1
50	50.1
51	51.1
52	52.1
53	53.1
54	54.1
55	55.1
56	56.1
57	57.1
58	58.1
59	59.1
60	60.1
61	61.1
62	62.1
63	63.1
64	64.1
65	65.1
66	66.1
67	67.1
68	68.1
69	69.1
70	70.1
71	71.1
72	72.1
73	73.1
74	74.1
75	75.1
76	76.1
77	77.1
78	78.1
79	79.1
80	80.1
81	81.1
82	82.1
83	83.1
84	84.1
85	85.1
86	86.1
87	87.1
88	88.1
89	89.1
90	90.1
91	91.1
92	92.1
93	93.1
94	94.1
95	95.1
96	96.1
97	97.1
98	98.1
99	99.1
100	100.1

¿Cuántos trabajos tuvo (...) en la semana pasada?	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							
	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)							
	En el mes de ¿cuál fue el monto en dinero que recibió (...) por la venta de los productos, bienes o servicios de su negocio o establecimiento?		En el mes de ¿retiró de su negocio o tomó de lo que produce o vende, bienes, servicios o productos para el consumo del hogar?		En el mes de ¿cuánto gastó para el funcionamiento de su negocio en: compra de mercadería, pago de mano de obra, insumos o materia prima de los productos que vende, produce o los servicios que ofrece?		En el mes de en su ocupación como (...) ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos?		En el mes de ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, comisaríatos, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.?		En el mes de además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.?		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.....?		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.....?	
Uno.....1			SI..... 1 NO..... 2				SI.....1 NO..... 2				SI..... 1 NO..... 2					
Más de uno..2					Registre 00 si todavía no ha cobrado											
	MONTO	CÓD.	MONTO	MONTO	MONTO	MONTO	CÓD.	MONTO	MONTO	CÓD.	MONTO	MONTO	CÓD.	MONTO		

[illegible]

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS (PERSONAS DE 5 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						
¿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.?			¿Recibió en el mes de ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, viudez, invalidez, enfermedad, divorcio, cesantía, etc.?				¿Recibió en el mes de dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que vivan dentro del país?				¿Recibió en el mes de dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior?						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">NO.....2</div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">NO.....2</div>				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">NO.....2</div>				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI.....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 10px;">NO.....2</div>						
↓			↓				↓				↓						
CÓD.	MONTO		CÓD.	MONTO		CÓD.	MONTO		CÓD.	MONTO		MONTO		DE CUÁNTOS MESES?			
COD PER	23		COD PER	24		COD PER	25		COD PER	26		COD PER	27		COD PER	28	
COD PER	29		COD PER	30		COD PER	31		COD PER	32		COD PER	33		COD PER	34	
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/adenitis, 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, salmonellosis, fiebre tifoidea, intoxicación alimentaria, cólera, indigestión, apendicitis, gastritis, colitis, úlceras pépticas, hepatitis, fibrosis quística, colecistitis (infección en la vesícula biliar), colelitiasis (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 glande, 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			
(...) Para tratar sus problemas de salud, acude o acudiría principalmente a: MEDICINA GENERAL (CONVENCIONAL)?1 MEDICINA ALTERNATIVA Homeopatía?..... 2 Acupuntura?..... 3 Fitoterapia?.....4 MEDICINA ANCESTRAL? (curanderos/shamán/ partera/limpiador)..... 5 Otro, cuál?..... 6 <div> <div>Especificar</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> <div> <div>Si 1</div> <div>No 2</div> <div> Pase a P. 41 </div> </div>	¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave que tuvo (...) en los últimos 30 días? <div> <div> <div>Problemas respiratorios.....1</div> <div>Problemas cardiovasculares.....2</div> <div>Problemas digestivos o vómito... 3</div> <div>Problemas de la piel.....4</div> <div>Problemas de los ojos.....5</div> <div>Problema neuro musculares.....6</div> <div>Problemas dentales.....7</div> <div>Problemas del embarazo.....8</div> </div> <div> <div>Problemas psicológicos.....9</div> <div>Problemas óseos.....10</div> <div>Fracturas, heridas, golpes.....11</div> <div>Enfermedades crónicas.....12</div> <div>Enfermedades de la mujer.....13</div> <div>Enfermedades del hombre.....,14</div> <div>Enfermedades tradicionales....15</div> <div>Otro, cuál?..... 16</div> <div>Especificar</div> </div> </div>	¿Hace cuánto tiempo ocurrió el (la) (problema de salud) de (...) por primera vez? <div> <div> UNIDAD TIEMPO </div> <div> <div>Días1</div> <div>Meses.....2</div> <div>Años.....3</div> <div>No sabe.....88</div> <div>No responde.....99</div> </div> <div> <div> MENOS DE UN DÍA = 00 </div> </div> </div>	En los últimos 30 días, (...) ¿cuántos días ha estado con el (la)...(problemas de salud)? <div> <div> MENOS DE UN DÍA = 00 </div> </div>	
			¿CUÁNTOS? (...)	CÓDIGO	DÍAS

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 (la) (problema de salud)....:

Visitó un hospital, Dispensario centro o subcentro de salud; consultó a un médico, curandero, etc.?..... 1

Pase a P. 8

Obtuvo atención **en su casa** por un médico, enfermera, curandero, etc. ?..... 2

Pase a P. 20

Se automedicó?..... 3

Pase a P. 23

Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 4

Pase a P. 29

No hizo nada ?..... 5

¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el (la) (problema de salud)?

Enfermedad o accidente leve 1

No tuvo tiempo2

El centro de atención queda lejos.....3

Muy caro4

Atención de mala calidad5

Falta de dinero6

No pudo dejar la casa o a los niños.....7

Conoce la enfermedad.....8

No puede dejar de trabajar9

En tratamiento.....10

Otra, cual? 11

Especificar

Pase a P. 41

(...) a dónde acudió o quién le atendió por el (la) (problema de 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/Homeópata 11

Centro Naturista/Acupuntura 12

Curandero/Partera/Sobador 13

Otro, cuál ? 14

Especificar

Pase a P. 10

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

Está cerca1

Precios bajos.....2

Buena calidad.....3

Tiene seguro.....4

Sugerido por otras personas/ profesional.....5

Es gratis.....6

Convenio en el IESS.....7

Otra, cuál? 8

Especificar

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 atiendan? (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>(Incluido lo pagado por otras personas)</div> <div>No Gasto = 00</div>						Médico?.....1 Dentista?.....2 Enfermera?.....3 Auxiliar de enfermería?.....4 Farmacéutico?.....5 Curandero/Partera/Sobador?.....6 Otra, cuál?.....7 <div>Especificar</div>			Emergencia1 Consulta externa2 Consulta de especialidades3 Medicina integral/general4 Laboratorio clínico5 Imagenología6 Rehabilitación7 Medicamentos8 Curaciones (curación ancestral)9 Hospital del día (en observación)10 Otra, cuál?.....11			Si?1 <div>No gastó/gratis?2</div> <div>No gastó/ es afiliado cubierto ?3</div> <div>Pase a P. 17</div>		
DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES			DÍAS	HORAS	MINUTOS									

COD PER	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 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								
<p>¿Por el o los gasto(s) que tuvo (...) en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:</p> <p>Pagó todo?1</p> <p>Pagó una parte y el resto gratis?2</p> <p>Pagó una parte (seguro privado)?3</p> <p>No pagó?4</p>		<p>(...) compró medicamentos fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?</p> <p>SI... 1</p> <p>NO... 2</p>		<p>(...) tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?</p> <p>SI... 1</p> <p>NO... 2</p>		<p>(...) realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?</p> <p>Pase a P. 26</p> <p>SI... 1</p> <p>NO... 2</p>		<p>¿Quién le atendió (...) la última vez, por su problema de salud en la casa:</p> <p>Médico del barrio (MSP)?.....1</p> <p>Médico?.....2</p> <p>Enfermera?.....3</p> <p>Auxiliar de Enfermería?.....4</p> <p>Farmacéutico?.....5</p> <p>Curandero/Partera/Sobador?..6</p> <p>Otra, cuál?..... 7</p> <p>Especificar</p>		<p>¿Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la última vez?</p> <p>No Pagó = 00</p> <p>Si1</p> <p>No2</p> <p>Pase a P. 26</p>		<p>¿Por medio de quién o de dónde obtuvo la información acerca de estos medicamentos(...)?</p> <p>Farmacéutico.....1</p> <p>Internet.....2</p> <p>Radio o televisión.....3</p> <p>Conocido (no profesional de salud).....4</p> <p>Usted sabía.....5</p> <p>Otro, cuál?..... 6</p>						
CÓD	CUÁNTO PAGÓ?		CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	DÓLARES	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD PER						
	PERSONA	SEGURO/OTRO																
	16			17		18		19		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 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

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: Farmacia?..... 1 Mercado?..... 2 Tienda?..... 3 Familiar/amigo?..... 4 Lo tenía en casa?..... 5 Huerto?..... 6 Otra, cuál?..... 7 <small>Especificar</small>		¿Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse? <div>NO PAGÓ = 00</div> <div>Enfermedad Crónica (hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, otras)</div> <div>Pase a P. 41</div> <div>VALOR EN DÓLARES</div>		¿Con la primera acción que (.....) hizo, se resolvió o se curó del [la] (problema de salud) ? <div>SI..... 1</div> <div>Pase a P. 41</div> <div>NO..... 2</div>		¿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 → <small>Especificar</small>		¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el [la](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 puedo dejar de trabajar 9 Otra, cuál?..... 10 <small>Especificar</small>	
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 (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS

(...) dónde estuvo hospitalizado? 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		¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? <div> <div>DÍAS</div> <div>HORAS</div> <div>MINUTOS</div> </div>		¿Gastó (...) por la hospitalización, (incluye medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc. dentro del establecimiento o proveedor de servicio de salud): Sí? 1 <div> No gastó/gratis? 2 No gastó/ es afiliado cubierto ? 3 </div> <div>Pase a P. 34</div>	¿Por el o los gasto(s) que tuvo (...) en hospitalización: Pagó todo? 1 Pagó una parte y el resto gratis? 2 Pagó una parte (seguro privado)? 3		¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización? 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			
				<div> <div>FORMA DE PAGO</div> <div>CUANTO PAGÓ?</div> </div> <div> <div>PERSONA</div> <div>SEGURO/OTRO</div> </div>						
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 (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

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 el/la (problema de salud) que tuvo durante los últimos 30 días?		¿Cuánto más gastó en total?		
<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>Pase a P. 41</div> <div>No 2</div>		<div>Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1</div> <div>Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2</div> <div>Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera, curandero, etc.?..... 3</div> <div>Se automedicó?..... 4</div> <div>Siguió el tratamiento médico?..... 5</div> <div>Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?..... 6</div> <div>No hizo nada?..... 7</div> <div>Pase a P. 41</div> <div>Otra, cuál?..... 8</div> <div>Especificar</div>						
CÓDIGO		CUÁNTO PAGÓ		CÓD.		CUÁNTO PAGÓ		CÓD.		CUÁNTO PAGÓ?				
		DÓLARES				DÓLARES				DÓLARES				
COD PER	34		35		36		37		38		39		40	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 (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

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? 01
- Hospital IESS? 02
- Dispensario IESS? 03
- Dispensario Seguro Campesino? 04
- Hospital FFAA / Policía? 05
- Hospital / Clínica Privada? 06
- Junta de Beneficencia? 07
- Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud? 08
- Fundación / ONG 09
- Farmacia? 10
- Consultorio Médico/Dental/Homeópata? 11
- Centro Naturista/Acupuntura? 12
- Curandero/Partera/Sobador? 13
- Otro, cuál ? 14

Especifique

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

Está cerca1

Precios bajos2

Buena calidad3

Tiene seguro4

Sugerido por otras personas/profesional5

Es gratis6

No hay otro

Establecimiento7

Otro, cuál ? 8

Especifique

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

NO SE TRASLADÓ = 00

DÍAS

HORAS

MINUTOS

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

(Incluidos lo pagado por otras personas)

No Gasto = 00

DÓLARES

Una vez que (...) llegó al ... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetrix, 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

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

PERDIDA DE INGRESOS O TRABAJO

¿(...) Qué atención o servicios de salud recibió principalmente:

- Vacunas 1
- Control de crecimiento y desarrollo 2
- Detección de desnutrición y niños en riesgo 3
- Control general de salud 4
- Consulta psicológica/psiquiátrica 5
- Examen dental 6
- Tratamiento odontológico 7
- Laboratorio clínico 8
- Examen papanicolau 9
- Examen mamografía 10
- Imagenología 11
- Consulta planificación familiar 12
- Método planificación 13
- Otro, cuál? 14

¿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:

Si? 1

No gastó/gratis? 2

No gastó/ es afiliado cubierto?..... 3

Pase a P. 50

¿Por el o los gasto(s) en el control preventivo que tuvo (...) en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:

Pagó todo? 1

Pagó una parte y el resto gratis? 2

Pagó una parte (seguro privado)? 3

FORMA DE PAGO

CODIGO

CUANTO PAGÓ?

PERSONA

SEGURO/OTRO

DÓLARES

DÓLARES

¿ (...) se realizó exámenes o efectuó otro gasto fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

SI... 1

NO... 2

COD.

CUÁNTO PAGÓ
USD.

¿Cuándo tuvo el (los) problema (s) de salud o se estuvo haciendo chequear (...) faltó o dejó de trabajar:

Si 1

No 2

No trabaja 3

Pase a P. 54

No estuvo enfermo, ni se hizo chequear en los últimos 30 días ... 4

Pase a Preg. 54

¿Cuántos días faltó (...)?

Menos de
1 día =
00

DÍAS

¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?

NO PERDIÓ
= 00

DÓLARES

COD PER	47	48	49			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

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES					PARTE E: PERCEPCIÓN DE SALUD				
<p>Durante los últimos 12 meses (de...a...), tuvo alguna enfermedad o accidente por el cual (...) estuvo hospitalizado(a)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p align="center">INCLUYE</p> <p align="center">Problemas del embarazo</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p align="center">EXCLUYE</p> <p align="center">atención del parto</p> </div> <p>Si..... 1</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>No..... 2</p> <p align="center">PASE A P. 58</p> </div>		<p>¿Cuáles fueron la(s) enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves por las que (...) tuvo que hospitalizarse</p> <p>Problemas respiratorios?.....1</p> <p>Problemas cardiovasculares?.....2</p> <p>Problemas digestivos o vómito?.....3</p> <p>Problemas de la piel?.....4</p> <p>Problemas de los ojos?.....5</p> <p>Problemas neuro musculares?.....6</p> <p>Problemas dentales?.....7</p> <p>Problemas del embarazo?.....8</p> <p>Problemas psicológicos?.....9</p> <p>Problemas óseos?.....10</p> <p>Fracturas, heridas, golpes?.....11</p> <p>Enfermedades crónicas?.....12</p> <p>Enfermedades de la mujer?.....13</p> <p>Enfermedades del hombre?.....14</p> <p>Enfermedades tradicionales?.....15</p> <p>Otro, cuál?.....16</p>		<p>¿Dónde estuvo hospitalizado la última vez:</p> <p>Hospital MSP?.....1</p> <p>Hospital IESS?.....2</p> <p>Hospital FFAA/ Policía?.....3</p> <p>Hospital/ Clínica privada?.....4</p> <p>Junta de Beneficencia?.....5</p> <p>Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud?.....6</p> <p>Fundación/ ONG?.....7</p> <p>Otro, cuál?.....8</p>		<p>¿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).</p> <p>Excelente.....1</p> <p>Muy bueno...2</p> <p>Bueno.....3</p> <p>Regular.....4</p> <p>Malo.....5</p>		<p>¿Cómo calificaría el estado de salud actual de (...)?</p> <p>Comparando el estado de salud actual de (...) con el de hace un año ¿diría usted que está:</p> <p>Mejor?.....1</p> <p>Igual?.....2</p> <p>Peor?.....3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p align="center">Menores de 1 año no aplica</p> </div>	
COD PER	54	55	56	57	58	59			
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

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

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

REGISTRO		PARTE A: CONTROL PRENATAL													
<div> <div>Mujeres de 12 a 49 años 1</div> <div>Hombres y Mujeres menores de 12 años o mayores de 49 años..... 2</div> <div>PASE A LA SECCIÓN 6</div> </div>		<div> <div>(...) actualmente o en los últimos 12 meses (de.....al) ha estado embarazada?</div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> <div>Pase a P. 14</div> <div>Nunca estuvo embarazada.....3</div> <div>PASE A LA SECCIÓN 6</div> </div>		<div> <div>Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (...) se hizo el control del embarazo?</div> <div>Una y más veces</div> <div>Pase a P. 5</div> <div>NINGUNA = 00 CONTINÚE</div> <div>No. VECES</div> </div>		<div> <div>¿Cuál fue la razón por la que (...) no se hizo el control del embarazo?</div> <div>No sabia 1</div> <div>No es necesario 2</div> <div>No hay establecimiento/ proveedor servicios de salud cerca.... 3</div> <div>Precios altos 4</div> <div>Mala calidad 5</div> <div>No tiene dinero 6</div> <div>No tiene tiempo 7</div> <div>No puede dejar de trabajar 8</div> <div>Nadie para dejar la casa o los niños.. 9</div> <div>Otra, cuál?10</div> <div>Especificar</div> <div>Pase a P. 14</div> </div>		<div> <div>(...) a dónde acudió o quién le atendió la última vez que se realizó el control del embarazo?</div> <div>Establecimiento de Salud MSP 1</div> <div>Hospital/Clinica/Dispensario IESS2</div> <div>Dispensario Seguro Campesino..... 3</div> <div>Hospital FFAA /Policía..... 4</div> <div>Junta de Beneficencia 5</div> <div>Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud..... 6</div> <div>Fundación / ONG 7</div> <div>Hospital, Clínica, Consultorio Privado..... 8</div> <div>Partera.....9</div> <div>Otro, cuál?10</div> <div>Especificar</div> </div>		<div> <div>¿Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió el.... (establecimiento de salud o proveedor de salud)?</div> <div>Está cerca 1</div> <div>Precios bajos 2</div> <div>Buena calidad 3</div> <div>Experiencia anterior .. 4</div> <div>Tiene seguro 5</div> <div>Sugerido por otras personas 6</div> <div>No hay otro establecimiento/es el único 7</div> <div>Es gratuito 8</div> <div>Otro, cuál? 9</div> <div>Especificar</div> </div>		<div> <div>¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al(establecimiento o proveedor de servicios de salud).....? (incluir ida y regreso)</div> <div>NO SE TRASLADÓ = 00</div> <div> <div>DÍAS</div> <div>HORAS</div> <div>MINUTOS</div> </div> </div>			

[illegible]

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE A: CONTROL PRENATAL							PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO										
En total, ¿cuánto gasto en transporte para al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso) <div>(Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso)</div> <div>NO GASTÓ = 00</div>		Una vez que (.....) llegó al(establecimiento o proveedor de servicios de salud)..., ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, enfermera)?		(.....) cuánto ha gastado en total por su embarazo en consultas, medicinas, exámenes, de laboratorio o imagen? <div>NO GASTÓ = 00</div>		¿Cuando asistía o asiste a los controles prenatales (.....) faltó o dejó de trabajar: <div>SI1</div> <div>No 2</div> <div>No trabaja 3</div> <div>Pase a P. 14</div>		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo? <div>MENOS DE 1 DÍA = 00</div>		Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? <div>NO PERDIÓ = 00</div>		En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto? <div>SI1</div> <div>NO2</div> <div>Pase a Sección 6</div>		(...) a dónde acudió o quién le atendió el parto? <div> Establecimiento de Salud MSP 1 Hospital/Clinica/Dispensario IESS 2 Dispensario Seguro Campesino..... 3 Hospital FFAA /Policía..... 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 <div>Especificar</div> </div> <div> <div>PASE A P. 17</div> </div>		(...) porqué no acudió a un establecimiento de salud? <div> Centro de atención queda lejos1 No hay transporte2 Precios altos3 No tiene con que pagar.....4 No hay equipos5 Mala calidad6 Malos tratos7 Otra, cuál?8 <div>Especificar</div> </div> <div>Pase a P. 21</div>	
DÓLARES		HORAS	MINUTOS	DÓLARES		DÍAS		DÓLARES									
COD PER	8	9		10	11	12	13	14	15		16	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 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO								PARTE C: CONTROL POST PARTO												
¿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 atiendan (médico, obstetrix, 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		<div>NO SE TRASLADO = 00</div>		<div>NO GASTÓ = 00</div>		<div>NO ESPERÓ = 00</div>		<div>NO GASTÓ = 00</div>		Si 1 No 2 No trabaja ..3 <div>Pase a P. 25</div>				<div>NO PERDIÓ = 00</div>		<div>SI..... 1</div> <div>NO.....2</div> <div>Pase a la sección 6</div>		Cuarenta días 1 Más de cuarenta días 2 Menos de cuarenta días.. 3		
		HORAS	MINUTOS	DÓLARES		HORAS	MINUTOS	DÓLARES				DÍAS	DÓLARES							
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 12 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 atiendan (médico, obstetriz, partera)?		(...) cuánto pago por la atención, medicinas, exámenes de laboratorio, etc.?		¿Cuándo asistía o asiste a los controles postparto (...), faltó o dejó de trabajar:		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?		¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?	
Establecimiento de Salud MSP 1 Hospital/Clínica/Dispensario IESS 2 Dispensario Seguro Campesino..... 3 Hospital FFAA /Policía..... 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 Especificar		Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Tiene seguro 4 Sugerido por otras personas/profesional 5 Es gratis 6 Por costumbre..... 7 Otro, cuál? 8 Especificar		<div>NO SE TRASLADO = 00</div>		<div>NO GASTO = 00</div>		<div>NO ESPERÓ = 00</div>		<div>NO GASTÓ = 00</div>		Si 1 No 2 No trabaja .. 3 <div>PASE A SECCIÓN 6</div>		<div>MENOS DE 1 DÍA = 00</div>		<div>NO PERDIÓ = 00</div>	
				DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	DÓLARES	DÓLARES	DÍAS	DÓLARES			
COD PER	27	28	29	30	31	32	33	34	35	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: 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 su
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:		CÓDIGO
	<div>SI 1 → Pase preg. 1a.</div> <div>NO.....2 → Siguiete ítem</div>		
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:		CÓDIGO
	<div>SI 1 → Pase preg. 2a.</div> <div>NO.....2 → Siguiete ítem</div>		
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?		

1a. ¿Qué tan seguido sucedió:
Casi todo los meses?.....1
Algunos meses pero no todos?.....2
Solamente 1 ó 2 meses?.....3

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

COD. PER.	3. Registre el número de cédula de los miembros del hogar	4. El número fue tomado del documento de identidad del informante
		<div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div>
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		

SECCIÓN 7: ANTROPOMETRÍA - PARA TODAS LAS PERSONAS

Señor/a encuestador/a registre si realizó la medición del PESO y la TALLA de (...)	¿En que fecha NACIÓ (...)?	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 (...)?				
SI1																
NO..... 2																
Pase a P. 7																
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	Peso 1	Peso 2	Peso 3	Long. 1	Long. 2	Long. 3	Talla 1	Talla 2	Talla 3	
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

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

1. SEÑOR ENCUESTADOR: Registre el código y nombre de la persona seleccionada

- Código.....

- Nombre

2. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el semáforo nutricional de alimentos?

- Si..... 1
- No..... 2 → **Pase a P.4**

3. ¿Entiende el semáforo nutricional que tienen los productos en el empaque?

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

4. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el recuadro de información nutricional?

- Si..... 1
- No..... 2 → **Pase a P.6**

5. ¿Entiende el recuadro de información nutricional que tienen los productos en el empaque?

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

6. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos los ingredientes?

- Si..... 1
- No..... 2 → **Pase a P.8**

7. ¿Entiende el recuadro de ingredientes que tienen los productos en el empaque?

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

8. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el mensaje sobre contenido de edulcorante no calórico?

- Si..... 1
- No..... 2 → **Pase a P.10**

9. ¿Entiende el mensaje sobre contenido de edulcorante no calórico que tienen los productos en el empaque?

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

10. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el mensaje sobre contenido de transgénicos?

- Si..... 1
- No..... 2 → **Pase a P.12**

11. ¿Entiende el mensaje sobre contenido de transgénicos que tienen los productos en el empaque?

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

12. Cuando compra alimentos y bebidas procesadas, ¿con que frecuencia elige un producto por la información del semáforo nutricional:

- Nunca?..... 1
- Casi nunca?..... 2
- A veces?..... 3
- Casi siempre?..... 4
- Siempre?..... 5
- NS/NR..... 6

13. ¿Con que frecuencia utiliza el semáforo de alimentos para comparar entre productos:

- Nunca?..... 1
- Casi nunca?..... 2
- A veces?..... 3
- Casi siempre?..... 4
- Siempre?..... 5
- NS/NR..... 6

14. ¿Considera usted que la información del semáforo nutricional de alimentos y bebidas procesados, es confiable:

- Mucho?..... 1
- Algo?..... 2
- Poco?..... 3
- Nada?..... 4
- NS/NR..... 5

15. ¿Considera usted que la información del semáforo nutricional de alimentos y bebidas procesados, le ayuda en la elección de la compra:

- Mucho?..... 1
- Algo?..... 2
- Poco?..... 3
- Nada?..... 4
- NS/NR..... 5

16. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, que tan importante es para usted que sea de fácil preparación:

- Nada importante?..... 1
- Poco importante?..... 2
- Importante?..... 3
- Muy importante?..... 4
- NS/NR..... 5

17. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, que tan importante es para usted que sea saludable:

- Nada importante?..... 1
- Poco importante?..... 2
- Importante?..... 3
- Muy importante?..... 4
- NS/NR..... 5

18. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, que tan importante es para usted que sea de buen precio, económico o barato:

- Nada importante?..... 1
- Poco importante?..... 2
- Importante?..... 3
- Muy importante?..... 4
- NS/NR..... 5

19. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, que tan importante es para usted que sea el producto o marca de su preferencia:

- Nada importante?..... 1
- Poco importante?..... 2
- Importante?..... 3
- Muy importante?..... 4
- NS/NR..... 5

20. ¿El semáforo nutricional influye en su decisión de compra de alimentos?

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

21. Frente a los alimentos que tienen etiqueta roja, usted los:

- Consume más?..... 1
- Consume menos?..... 2
- Consume igual?..... 3
- No los consume?..... 4

OBSERVACIONES

SELECCIÓN DE LA PERSONA QUE INFORMA LA SECCIÓN 8

ENCUESTADOR/A: Marque con una X en el casillero del hombre seleccionado de acuerdo a la fecha más cercana de su cumpleaños con respecto a la fecha de la entrevista

No	Cod. Per.	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS CUMPLIDOS	SEL.
1			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
2			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
3			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
4			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
5			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
6			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
7			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
8			DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/>	