



**Organización Panamericana de la Salud, el  
Centro de Estudios de Población y  
Desarrollo y el  
Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.**



**S A B E**

**Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y  
el Caribe**

CUESTIONARIO INDIVIDUAL  
PERSONA SELECCIONADA DE 60 AÑOS O MÁS.

**PARA USO DE LA OFICINA:**

PROVINCIA:   MUNICIPIO:   AGEM:

MANZANA:   SECCIÓN:   VIVIENDA:

CUESTIONARIO No.      **1**

Localización geográfica:

Nombre del Entrevistado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona seleccionada..... 1      Persona Medida.... 4      Cónyuge.....5  
Representante como Apoyo ..... 2      Representante como Apoyo .....6  
Representante como Sustituto.... 3      Representante como Sustituto....7

**ENUMERADOR:**

	Nombre	Firma	Fecha
Supervisor			
Supervisor			
Oficinista			
Oficinista			

## SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

HORA DE INICIO: |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

### DECLARACIÓN VOLUNTARIA

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

<p>A.1a</p> <p style="text-align: center;">¿En qué mes y año nació usted?</p>	<p>Mes .....  __ __ </p> <p>Año .....  __ __ __ __ </p>																
<p>A.1b</p> <p style="text-align: center;">¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</p>	<p>Años .....  __ __ __ </p>																
<p>A.1c ATENCION:</p> <p>SUME EDAD CON AÑO DE NACIMIENTO Y ANOTE TOTAL.</p> <p>SI YA CUMPLIÓ AÑOS EN 99, LA SUMA DEBE SER 1999. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 99 LA SUMA DEBE SER 1998.</p> <p>EN CASO DE INCONSISTENCIA ACLARE CON EL (LA) ENTREVISTADO(A). PIDA DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN QUE MUESTREN FECHA DE NACIMIENTO O EDAD.</p> <p>SI TIENE MENOS DE 60 AÑOS AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA.</p>	<p>Suma .....  __ __ __ __ </p>																
<p>A.2</p> <p style="text-align: center;">¿Nació usted en Cuba?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Sí .....</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;">PASE A A.4a</td> </tr> <tr> <td>No .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe .....</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde .....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sí .....	1	→	PASE A A.4a	No .....	2			No sabe .....	8			No responde .....	9		
Sí .....	1	→	PASE A A.4a														
No .....	2																
No sabe .....	8																
No responde .....	9																
<p>A.3</p> <p style="text-align: center;">¿En qué país nació usted?</p>	<p>País _____ Especifique  __ __ __ </p> <p>No sabe ..... 888</p> <p>No responde ..... 999</p>																
<p>A.4a</p> <p style="text-align: center;">En total, ¿cuántos años ha vivido en Cuba?</p>	<p>Años .....  __ __ __ </p> <p>No sabe ..... 888</p> <p>No responde ..... 999</p>																
<p>A.4b</p> <p style="text-align: center;">Desde que usted nació hasta los 15 años, ¿vivió en el campo por cinco años o más?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>																
<p>A.5a</p> <p style="text-align: center;">¿Usted sabe leer y escribir un recado?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No responde ..... 9</p>																

A.5b

¿Fue usted alguna vez a la escuela?

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
A.7

A.6

¿Cuál fue el último grado que usted aprobó en la escuela?

ANOTE EL ÚLTIMO GRADO APROBADO, Y CIRCULE SÓLO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A ESTE GRADO

- Primaria ..... 01 |\_\_\_|
- Secundaria ..... 02 |\_\_\_|
- Estudios con primaria como requisito -  
técnicos, comerciales o secretariales ..... 03 |\_\_\_|
- Estudios con secundaria como requisito -  
técnicos, comerciales, secretariales o  
normales ..... 04 |\_\_\_|
- Preparatoria (Preuniversitario) ..... 05 |\_\_\_|
- Normal ..... 06 |\_\_\_|
- Profesional (Universitario) ..... 07 |\_\_\_|
- Posgrado ..... 08 |\_\_\_|
- No sabe ..... 888
- No responde ..... 999

A.7

¿Actualmente, vive usted solo(a) o acompañado(a)?

- Solo ..... 1
- Acompañado ..... 2

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

- Sí ..... 1 →
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
A.8

UTILICE LA REDACCIÓN QUE CORRESPONDA SEGÚN EL CASO

A.7b

Hace 5 años, ¿usted vivía....

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

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

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Razones relacionadas con sus hijos:	
económicas .....	01
separación conyugal .....	02
unión conyugal .....	03
cuidado de los niños .....	04
Razones relacionadas con su situación personal:	
económicas .....	05
separación conyugal .....	06
fallecimiento .....	07
se sentía solo .....	08
necesitaba ayuda .....	09
se enfermó .....	10
Otro _____	11
Especifique	
No sabe .....	88
No responde .....	99

A.8

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO

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

UTILICE LA REDACCIÓN QUE CORRESPONDA SEGÚN EL CASO

Sí .....	1	→	PASE A A.10a
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		
Sustituto .....	0		

A.9

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO

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

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS

solo? .....	1
con su esposo(a) o compañero(a)? .....	2
con un(a) hijo(a)? .....	3
con un(a) nieto(a)? .....	4
con otro familiar? .....	5
con otro no familiar? .....	6
No sabe .....	8
No responde .....	9
Sustituto .....	0

A.10a

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

Sí .....	1	→	PASE A A.11a
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.10b

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

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

- Estar cerca de o con hijo(s) ..... 01
- Estar cerca de o con familiares o amigos ..... 02
- Estar cerca de los servicios médicos o de salud ... 03
- Por temor a la delincuencia ..... 04
- Por fallecimiento de su pareja ..... 05
- Por separación conyugal ..... 06
- Por unión conyugal ..... 07
- Costo de la vivienda ..... 08
- Otro \_\_\_\_\_ 09  
Especifique
- No sabe ..... 88
- No responde ..... 99

PASE A  
A.11a

A.10c

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

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- Por problemas de salud
  - suyos ..... 01
  - hijo o familiares ..... 02
- Por problemas económicos
  - suyos ..... 03
  - hijo o familiares ..... 04
- Porque se sentía solo ..... 05
- Para ayudar con el cuidado de nietos u otros niños ..... 06
- Porque piensa que los adultos mayores deben vivir con la familia o parientes ..... 07
- Otro \_\_\_\_\_ 08  
Especifique
- No sabe ..... 88
- No responde ..... 99

A.11a

¿Cuál es su religión?

- Católica ..... 1
- Protestante o evangélica ..... 2
- Judaica ..... 3
- Otros cultos sincréticos ..... 4
- Otro \_\_\_\_\_ 5  
Especifique
- Ninguna ..... 6
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

PASE A  
A.12

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.11b

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO

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

Importante .....	1
Regular .....	2
Nada importante .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9
Sustituto .....	0

A.12

¿Cuál de estas opciones lo describe mejor a usted?

LEA CADA OPCIÓN HASTA  
OBTENER UNA RESPUESTA  
AFIRMATIVA

Blanco .....	01
Mulato .....	03
Negro .....	04
Asiático .....	06
Otra .....	08
No sabe .....	88
No responde .....	99

HISTORIA DE UNIONES

A.13a

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

Sí .....	1
No .....	2

→ PASE A  
A.18

A.13b

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

Veces .....	_ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

No. de Uniones o Matrimonios

A.14	A.15	A.16	A.17
<p>¿En qué año comenzó su primera (segunda... etc.) unión o matrimonio?</p> <p>UTILICE UN RENGLÓN POR CADA MATRIMONIO O UNIÓN</p> <p>No sabe.....8888</p> <p>No responde .....9999</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">A.14</p>	<p>¿Ésta fue:</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>una unión libre? ..... 1</p> <p>un matrimonio por lo civil o por la iglesia? ..... 2</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde .....9</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">A.15</p>	<p>¿Este(a) matrimonio o unión continúa o se terminó?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>continúa? ..... 1</p> <p style="text-align: center;">PASE A A.18</p> <p>¿Terminó en:</p> <p>separación? ..... 2</p> <p>viudez? ..... 3</p> <p>divorcio? ..... 4</p> <p>No sabe.....8</p> <p>No responde .....9</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">A.16</p>	<p>¿En qué año terminó este(a) matrimonio o unión?</p> <p>VERIFIQUE SI LA PERSONA TUVO OTRA UNIÓN MARITAL (VER A.13b)</p> <p>Sí.....PASE A A.14</p> <p>No.....PASE A A.18</p> <p>No sabe.....8888</p> <p>No responde .....9999</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">A.17</p>
INICIO	UNIÓN	DISOLUCIÓN	DISOLUCIÓN
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre su historia familiar:

<p>A.18</p> <p>¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos tuvo usted?</p> <p>NO INCLUYA HIJASTROS, HIJOS ADOPTIVOS, ABORTOS O HIJOS NACIDOS MUERTOS.</p>	<p>Número de hijos ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p>
<p>A.19</p> <p>¿Tiene o tuvo hijastros?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: right;">} PASE A A.21</p>
<p>A.20</p> <p>¿Cuántos hijastros tuvo?</p>	<p>Número de hijastros ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p>

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

<p>A.21</p> <p>¿Tiene o tuvo hijos adoptados?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: right;">} <b>PASE A A.23</b></p>
<p>A.22</p> <p>¿Cuántos hijos adoptados tuvo?</p>	<p>Número de hijos adoptados .....        </p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p>
<p>A.23</p> <p>En total, ¿cuántos de los hijos, hijastros e hijos adoptivos que me mencionó siguen vivos?</p>	<p>Número de hijos vivos .....        </p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p>

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre sus padres

<p>A.24</p> <p>¿Está su padre vivo?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → <b>PASE A A.26</b></p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9 } <b>PASE A A.27</b></p>
<p>A.25</p> <p>¿Dónde vive su padre?</p>	<p>Aquí en esta casa ..... 1</p> <p>En otra casa pero en este mismo barrio (o vecindario) ..... 2</p> <p>En otro barrio pero en esta misma ciudad ..... 3</p> <p>En otra ciudad en este país ..... 4</p> <p>En otro país ..... 5</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: right;">} <b>PASE A A.27</b></p>
<p>A.26</p> <p>¿Qué edad tenía su padre cuando murió?</p>	<p>Edad .....          </p> <p>No sabe ..... 888</p> <p>No responde ..... 999</p>
<p>A.27</p> <p>¿Está su madre viva?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → <b>PASE A A.29</b></p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9 } <b>PASE A SIGUIENTE SECCIÓN</b></p>

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES

A.28  
 ¿Dónde vive su madre?

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

A.30 FILTRO  
 Las preguntas A.1 a A.29 se realizaron con un informante sustituto.

Aquí en esta casa .....	1	} PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN
En otra casa pero en este mismo barrio (o vecindario) .....	2	
En otro barrio pero en esta misma ciudad .....	3	
En otra ciudad en este país .....	4	
En otro país .....	5	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	}

Edad .....	_ _ _ _
No sabe .....	888
No responde .....	999

Sí .....	1	→	PASE A B.10a
No .....	2		

HORA DE TERMINACIÓN: |\_|\_|\_|\_|:|\_|\_|\_|

SECCION B. EVALUACIÓN COGNITIVA

HORA DE INICIO: |\_\_|\_|:|\_\_|\_|

En este estudio estamos explorando cómo se siente usted acerca de algunos problemas de salud. Nos gustaría empezar con algunas preguntas sobre su memoria.

B.1

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

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

B.2

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

- Mejor ..... 1
- Igual ..... 2
- Peor ..... 3
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

B.3

Por favor, dígame la fecha de hoy.

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

ANOTE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA

		Correcto	
Mes .....	__ _	<input type="checkbox"/>	
Día del mes .....	__ _	<input type="checkbox"/>	
Año .....	__ _	<input type="checkbox"/>	
Día de la semana .....	__ _	<input type="checkbox"/>	
TOTAL		<input type="checkbox"/>	

Días de la semana:  
 Lu 01 Ma 02 Mi 03  
 Ju 04 Vi 05 Sa 06  
 Do 07

B.4

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

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

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

		Correcto	Recordó 1
			No recordó 0
Árbol .....		<input type="checkbox"/>	
Mesa .....		<input type="checkbox"/>	
Perro .....		<input type="checkbox"/>	
TOTAL		<input type="checkbox"/>	
Número de repeticiones .....	__ _		

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

B.5

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

1 3 5 7 9

ANOTE LA RESPUESTA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

LA PUNTUACIÓN ES EL NÚMERO DE DÍGITOS EN EL ORDEN CORRECTO

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

Respuesta del entrevistado:

Respuesta correcta:

9    7    5    3    1

Número de dígitos en el orden correcto

B.6

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

ENTRÉGUELE EL PAPEL Y ANOTE UN PUNTO POR CADA ACCIÓN CORRECTA

Acción Correcta    1

Correcto

Incorrecta o no la recordó    0

Toma el papel en mano derecha.....

Dobla por la mitad con ambas manos.....

Coloca sobre las piernas.....

TOTAL

B.7

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

ANOTE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA EN CUALQUIER ORDEN

Recordó    1  
 No recordó    0

Correcto

Árbol .....

Mesa .....

Perro .....

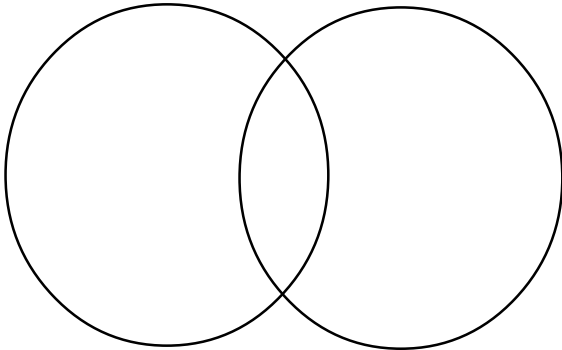
TOTAL

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

B.8

Por favor, copie este dibujo.

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



Correcto

TOTAL

B.9 FILTRO

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

(El puntaje máximo obtenible es 19.)

TOTAL

Suma es 13 o más.....1 →

**PASE A SECCIÓN C**

Suma es 12 o menos.....2

B.9a

¿Alguna otra persona, familiar o amigo pudiera ayudarnos a contestar algunas preguntas?

Sí ..... 1

No ..... 2

VALORE CON EL SUPERVISOR SI LA ENTREVISTA PUEDE CONTINUAR SÓLO CON LA PERSONA ENTREVISTADA

ANOTE NOMBRE DEL INFORMANTE Y APLIQUE A ÉSTE LA ESCALA PFEFFER \_\_\_\_\_

SECCIÓN B. EVALUACIÓN COGNITIVA

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

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

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

B.11 FILTRO

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

TOTAL

Suma es 6 o más.....1 →

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE SUSTITUTO. REVISE LA SECCIÓN A.

Suma es 5 o menos.....2 →

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON EL ENTREVISTADO. SI EL ENTREVISTADO NECESITA AYUDA PARA CONTESTAR ALGUNAS PREGUNTAS, CONTINÚE CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE AUXILIAR

HORA DE TERMINACIÓN: |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

HORA DE INICIO: |\_\_|\_|\_|:|\_\_|\_|\_|

C.1

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud. ¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente .....	1
Muy buena .....	2
Buena .....	3
Regular .....	4
Mala .....	5
No sabe .....	8
No responde .....	9
Sustituto .....	0

C.2

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO

Comparando su salud con la de hace doce meses, ¿diría usted que ahora está mejor, igual o peor que entonces?

Mejor .....	1
Igual .....	2
Peor .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9
Sustituto .....	0

C.3

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO

En comparación con otras personas de su edad, ¿diría usted que su salud está mejor, igual o peor?

Mejor .....	1
Igual .....	2
Peor .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9
Sustituto .....	0

C.4

¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene la presión sanguínea alta, es decir, hipertensión?

SI RESPONDE INFORMANTE, REFIERA A ENTREVISTADO

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

PASE A  
C.5

C.4a

¿Está tomando algún medicamento para bajar la presión?

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.4b</p> <p>Con el fin de bajar la presión, ¿durante los últimos 12 meses, ha bajado de peso o ha seguido alguna dieta especial?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.4c</p> <p>¿Está su presión sanguínea generalmente controlada?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.4d</p> <p>En comparación con hace 12 meses, ¿su problema de presión alta está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor ..... 1</p> <p>Igual ..... 2</p> <p>Peor ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.5</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">             PASE A C.6         </div>
<p>C.5a</p> <p>¿Está tomando algún medicamento en forma oral para controlar su diabetes?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.5b</p> <p>¿Para controlar su diabetes, se pone o le ponen inyecciones de insulina?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.5c  
Con el fin de controlar la diabetes, ¿durante los últimos 12 meses, ha bajado de peso o ha seguido una dieta especial?

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

C.5d  
¿Está su diabetes generalmente controlada?

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

C.5e  
En comparación con hace 12 meses, ¿su diabetes está mejor, igual o peor?

- Mejor ..... 1
- Igual ..... 2
- Peor ..... 3
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

C.6  
¿Alguna vez un doctor le ha dicho si tiene cáncer o un tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
C.7

C.6a  
¿En qué año o a qué edad le diagnosticaron por primera vez que tenía un cáncer?

- Edad ..... |\_|\_|\_|\_|
- Año ..... |\_|\_|\_|\_|
- No sabe ..... 888
- No responde ..... 999

C.6b  
¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer además del primero que mencionó?

- Sí, ¿cuántos? ..... |\_|\_|
- No ..... 77
- No sabe ..... 88
- No responde ..... 99

C.6c  
¿En qué órgano u órganos o parte(s) del cuerpo le comenzó el cáncer? (Empiece con el más reciente.)

APUNTE TODOS LOS ÓRGANOS O PARTES DEL CUERPO EN QUE CADA UNO COMENZÓ

- Órgano(s) o parte(s) del cuerpo:
- \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|
- \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|
- \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|
- No sabe ..... 88
  - No responde ..... 99



SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.7  
 ¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?

Sí .....	1	} <b>PASE A</b> C.8
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

C.7a  
 ¿Está usted tomando algún tipo de medicamento o tiene tratamiento para esta enfermedad pulmonar?

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

C.7b  
 En comparación con hace 12 meses, ¿esta enfermedad pulmonar está mejor, igual o peor?

Mejor .....	1
Igual .....	2
Peor .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

C.7c  
 ¿Está usted recibiendo oxígeno?

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

C.7d  
 ¿Está recibiendo alguna terapia física o respiratoria?

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

C.7e  
 ¿Esta enfermedad pulmonar le limita sus actividades diarias tales como trabajar o hacer las cosas de la casa mucho, poco o nada?

Mucho .....	1
Poco .....	2
No interfiere .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.8  
 ¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si ha tenido un ataque al corazón, una enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón?

Sí .....	1	} <b>PASE A C.9</b>
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

C.8a  
 ¿A qué edad o en qué año le diagnosticaron por primera vez su problema del corazón?

Edad .....	_ _ _ _
Año .....	_ _ _ _
No sabe .....	888
No responde .....	999

C.8b  
 En los últimos 12 meses, ¿su problema del corazón ha mejorado, se ha mantenido igual o ha empeorado?

Mejor .....	1
Igual .....	2
Peor .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

C.8c  
 ¿Toma usted algún tipo de medicamento para su problema del corazón?

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

C.8d  
 Durante los últimos 12 meses ¿ha visto usted a un doctor o enfermera por un problema del corazón?

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

C.8e  
 Durante los últimos 12 meses ¿ha estado hospitalizado un día o más por un problema del corazón?

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.8f  
 ¿Su problema del corazón le limita sus actividades diarias como trabajar o hacer las cosas de la casa mucho, poco o nada?

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

C.9  
 ¿Alguna vez un doctor le ha dicho si ha tenido una embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral?

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
 C.10

C.9a  
 ¿A qué edad o en qué año tuvo el más reciente?

- Edad ..... | | | |
- Año ..... | | | |
- No sabe ..... 888
- No responde ..... 999

C.9b  
 En los últimos 12 meses, ¿ha visto usted a un doctor a consecuencia de este problema?

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

C.9c  
 ¿Tiene usted alguna secuela derivada de estos problemas?

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

DESPUÉS DEL PROBLEMA, HA TENIDO USTED...

C.9d  
 ¿Alguna debilidad en los brazos y las piernas o dificultad en moverlos o usarlos?

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.10</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene artritis, reumatismo o artrosis?</p>
<p>C.10a</p> <p>¿Tiene dolor, rigidez o hinchazón en las articulaciones?</p>
<p>C.10b</p> <p>En comparación con hace 12 meses, ¿su artritis, reumatismo o artrosis está mejor, igual o peor?</p>
<p>C.10c</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor específicamente por su artritis, reumatismo o artrosis?</p>
<p>C.10d</p> <p>¿Está tomando algún medicamento o tiene tratamiento para su artritis, reumatismo o artrosis?</p>
<p>C.10e</p> <p>¿Su artritis, reumatismo o artrosis le limita mucho, poco o nada sus actividades diarias como trabajar o hacer las cosas de la casa?</p>
<p>C.10f</p> <p>En relación a su artritis, reumatismo o artrosis, ¿ha tenido usted alguna cirugía?</p>

Sí .....	1	} PASE A C.11
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

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

Mejor .....	1
igual .....	2
Peor .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

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

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

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

Sí .....	1	} PASE A C.11
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

SECCIÓN ESTADO DE SALUD

<p>C.10g</p> <p>¿Cuál articulación le operaron?</p>
<p>C.11</p> <p>¿Se ha caído en los últimos 12 meses?</p>
<p>C.11a</p> <p>¿Cuántas veces se ha caído durante los últimos 12 meses?</p>
<p>C.11b</p> <p>¿Se lastimó en alguna de estas caídas de tal manera que necesitó tratamiento médico?</p>
<p>C.11c</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la cadera?</p>
<p>C.11d</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿se fracturó la muñeca?</p>
<p>C.11e</p> <p>¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene osteoporosis?</p>
<p>C.11f</p> <p>¿A qué edad o en qué año le diagnosticaron la osteoporosis?</p>

Cadera .....	1
Rodilla .....	2
Otro _____ Especifique	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

Sí .....	1	} <b>PASE A</b> C.11c
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

Veces .....	_ _ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

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

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

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

Sí .....	1	} <b>PASE A</b> C.12
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

Edad .....	_ _ _ _
Año .....	_ _ _ _
No sabe .....	888
No responde .....	999

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.12  
Usualmente no nos gusta hablar de esto, pero necesito saber para el estudio si durante los últimos 12 meses la orina se le ha salido alguna vez involuntariamente.

Sí .....	1	} <b>PASE A</b> C.12b
No .....	2	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

C.12a  
¿Cuántos días le sucedió esto en el último mes?

Menos de 5 días .....	1
Entre 5 - 14 días .....	2
Más de 15 días .....	3
No sabe .....	8
No responde .....	9

C.12b  
Durante los últimos 12 meses, ¿ha perdido alguna vez el control de sus movimientos intestinales o de materia fecal?

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

Ahora necesitamos que nos diga si durante los últimos 12 meses usted ha tenido algunos de los siguientes problemas:

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted...	Si	No	No sabe	No responde
C.13a dolor en el pecho?	1	2	8	9
C.13b hinchazón persistente de los pies y los tobillos?	1	2	8	9
C.13c le ha faltado la respiración estando despierto?	1	2	8	9
C.13d mareos persistentes?	1	2	8	9
C.13e dolor o problemas de espalda?	1	2	8	9
C.13f dolor de cabeza persistente?	1	2	8	9
C.13g fatiga o cansancio severo?	1	2	8	9
C.13h tos persistente, flemas o silbido en el pecho?	1	2	8	9
C.13i problemas de las articulaciones (cadera, rodilla, codo, muñeca, etc.)?	1	2	8	9
C.13j nausea persistente y vómito?	1	2	8	9
C.13k transpiración excesiva o sed persistente?	1	2	8	9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

Ahora quiero saber algunos detalles sobre la salud de los ojos, los oídos y la boca

C.14

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

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- Ciego ..... 6 →
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

PASE A  
C.14f

C.14a

¿Usa usted espejuelos o lentes de contacto para ver de lejos?

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

PASE A  
C.14c

C.14b

Usando espejuelos o lentes de contacto como acostumbra, ¿diría usted que su vista para ver de lejos es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

C.14c

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

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.14d  
 ¿Usa usted espejuelos o lentes de contacto para ver de cerca?

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → PASE A  
C.14f
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

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

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

C.14f  
 ¿Alguna vez lo han operado de cataratas?

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- } PASE A  
C.14h

C.14g  
 ¿Le pusieron lentes intraoculares?

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

C.14h  
 ¿Alguna vez un doctor lo ha tratado por glaucoma?

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

SECCIÓN ESTADO DE SALUD

C.15  
 ¿Usa usted algún tipo de aparato (como audífono) para oír mejor?

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

C.15a  
 ¿En general diría que su audición es excelente, muy buena, buena, regular o mala (con o sin audífono)?

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- Sordo ..... 6
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

C.16  
 Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su boca y sus dientes. Por favor dígame, ¿le faltan algunos dientes o muelas?

- Sí, unos pocos (hasta cuatro) ..... 1
- Sí, bastantes (más de cuatro y menos de la mitad) ..... 2
- Sí, la mayoría (la mitad o más) ..... 3
- No ..... 4 → PASE A  
C.17
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

C.16a  
 ¿Tiene puentes, dientes o dentadura postiza?

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

C.17  
 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido que comer menos o cambiar de comida por problemas con sus dientes, muelas, puentes o dentadura postizas?

- Siempre ..... 1
- Frecuentemente ..... 2
- Algunas veces ..... 3
- Rara vez ..... 4
- Nunca ..... 5
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

Ahora quisiera que me contestara si lo que le pregunto le ha sucedido siempre, frecuentemente, algunas veces, rara vez o nunca, en los últimos 12 meses.

En los últimos 12 meses...	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No sabe	No responde	Sustituto
C.17a ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas duras como la carne o pan tostado?	1	2	3	4	5	8	9	
C.17b ¿Cuántas veces ha podido tragar bien?	1	2	3	4	5	8	9	
C.17c ¿Cuántas veces no ha podido hablar bien por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9	
C.17d ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que quería por tener alguna molestia en sus dientes o con su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9	
C.17e <b>NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO</b> ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9	0
C.17f <b>NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO</b> Cuando usted se mira en el espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9	0
C.17g ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5	8	9	
C.17h <b>NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO</b> ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5	8	9	0
C.17i <b>NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO</b> ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9	0
C.17j <b>NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO</b> ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5	8	9	0
C.17k ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por las comidas o bebidas frías, calientes o dulces?	1	2	3	4	5	8	9	

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.18 FILTRO

Sexo del entrevistado:

---

C.18a

¿En los últimos dos años se ha examinado usted misma los senos en forma regular para ver si tiene "nódulos" (bolitas o tumores)?

---

C.18b

¿En los últimos dos años la ha examinado un profesional de la salud para ver si tiene "nódulos" (bolitas o tumores) en los senos?

---

C.18c

¿En los últimos dos años se ha hecho una mamografía o radiografía de sus pechos (mamas)?

---

C.18d

¿En los últimos dos años le han hecho a usted la Prueba Citológica, es decir, la prueba para determinar si tiene cáncer de la cervix o del cuello uterino?

---

C.18e

¿Ha tenido usted una histerectomía, es decir, una cirugía para quitarle la matriz (útero) y ovarios, o la matriz (útero) solamente?

---

C.18f

¿Qué edad tenía cuando le hicieron la histerectomía?

Mujer.....1

Hombre.....2 → **PASE A C.19**

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Sí, matriz (útero) y ovarios ..... 1

Sí, matriz (útero) solamente ..... 2

No ..... 3

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

**PASE A C.18g**

Edad ..... | | | |

No sabe ..... 888

No responde ..... 999

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.18g  
 ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su última menstruación?

Edad ..... | | | |  
 Todavía menstrúa ..... 00  
 No sabe ..... 88  
 No responde ..... 99

C.18h  
 ¿Ha tomado usted alguna vez o toma actualmente estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia, por medio de pastilla, parche o crema?

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

PASE A  
C.20

C.18i  
 ¿A qué edad comenzó a tomar estrógeno, es decir, hormonas de mujer para la menopausia?

Edad ..... | | | |  
 No sabe ..... 88  
 No responde ..... 99

C.18j  
 ¿Por cuánto tiempo ha tomado estrógeno?

Meses ..... | | | |  
 1 - 4 años ..... 13  
 5 - 9 años ..... 14  
 10 y más años ..... 15  
 No sabe ..... 88  
 No responde ..... 99

C.18k  
 ¿Está usted tomando ahora estrógeno, es decir, hormonas de mujer?

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

PASE A  
C.20

C.19  
 En los últimos dos años, ¿alguna vez se ha hecho un examen de próstata?

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

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

C.20  
¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si tiene algún problema nervioso o psiquiátrico?

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

PASE  
A  
C.21a

C.20a  
¿En comparación con hace 12 meses, su problema nervioso o psiquiátrico está mejor, igual o peor?

Mejor ..... 1  
 Igual ..... 2  
 Peor ..... 3  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

C.20b  
¿Tiene usted tratamiento psiquiátrico o psicológico por este problema?

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

C.20c  
¿Durante los últimos 12 meses, ha tomado alguna medicina contra la depresión?

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

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

Ahora piense en las últimas dos semanas y dígame si durante la mayor parte del tiempo durante las dos semanas pasadas usted...

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO	Sí	No	No sabe	No responde	Sustituto
C.21a ¿Ha estado básicamente satisfecho con su vida?	1	2	8	9	0
C.21b ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	1	2	8	9	0
C.21c ¿Sintió que su vida está vacía?	1	2	8	9	0
C.21d ¿Se sintió aburrido frecuentemente?	1	2	8	9	0
C.21e ¿Estuvo de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	2	8	9	0
C.21f ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le sucediera?	1	2	8	9	0
C.21g ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1	2	8	9	0
C.21h ¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	1	2	8	9	0
C.21i ¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1	2	8	9	0
C.21j ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1	2	8	9	0
C.21k ¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1	2	8	9	0

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO	Sí	No	No sabe	No responde	Sustituto
C.21l ¿Se sintió inútil o que no vale usted nada en su situación actual?	1	2	8	9	0
C.21m ¿Se sintió lleno de energía?	1	2	8	9	0
C.21n ¿Se encontró usted sin esperanza ante su situación actual?	1	2	8	9	0
C.21o ¿Creyó usted que las otras personas están en una situación mejor que usted?	1	2	8	9	0

Los estudios que se han hecho muestran que la nutrición y el régimen de vida son factores muy importantes en la salud. Para esto, quiero hacerle algunas preguntas sobre su alimentación.

<p>C.22a</p> <p>¿Cuántas comidas completas realiza al día?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CONSIDERAR EL DESAYUNO COMO COMIDA</p> </div>	<p>Una comida ..... 1</p> <p>Dos comidas ..... 2</p> <p>Tres o más comidas ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22b</p> <p>¿Consume leche, queso u otros productos lácteos al menos una vez al día?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22c</p> <p>¿Come huevos, frijoles o lentejas (leguminosas) al menos una vez por semana?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

<p>C.22d</p> <p>¿Come carne, pescado o aves al menos tres veces por semana?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22e</p> <p>¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22f</p> <p>¿Está comiendo menos en los últimos doce meses de lo que comía antes por problemas digestivos o falta de apetito?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22g</p> <p>¿Cuántos vasos o tazas de líquido (agua, café, te, leche, jugo, etcétera) consume usted diariamente?</p>	<p>Menos de 3 vasos ..... 1</p> <p>De 3 a 5 vasos ..... 2</p> <p>Más de 5 vasos ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22h</p> <p>En los últimos doce meses ¿ha disminuido de peso sin haber hecho ninguna dieta?</p>	<p>Sí...¿Cuántos libras bajó?</p> <p>Entre 2 y 6 libras ..... 1</p> <p>Más de 6 libras ..... 2</p> <p>No ha disminuido ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>C.22i</p> <p>Respecto a su estado nutricional ¿se considera usted bien nutrido?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.23

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

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

C.23a

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

**ANOTE PARA CADA BEBIDA LA CANTIDAD, SI NO BEBE "00". SI RESPONDE "NO SABE" ANOTE 88 Y "NO RESPONDE" 99.**

- Copas de vino ..... | | | |
- Cervezas ..... | | | |
- Bebidas con licor ..... | | | |

C.24

¿Usted...

**LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA**

- Fuma actualmente ..... 1
  - Antes fumaba pero ya no ..... 2 → **PASE A C.24b**
  - Nunca ha fumado ..... 3
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A C.25a**

C.24a

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

**ANOTE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS, PIPAS O PUROS. SI NO FUMA "00". SI RESPONDE "NO SABE" ANOTE 88 Y "NO RESPONDE" 99.**

**DEFINICIÓN:  
PAQUETE = 20  
CIGARRILLOS**

- Cigarrillos por día ..... | | | |
  - Pipas ..... | | | |
  - Puros ..... | | | |
- PASE A C.24c**

C.24b

¿Hace cuántos años que dejó de fumar?

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

- Hace cuántos años ..... | | | |
- Edad en años ..... | | | |
- Año ..... | | | |
- No sabe ..... 88
- No responde ..... 99

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

C.24c

¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar?

Edad en años ..... |\_\_|\_\_|\_\_|

Hace cuántos años ..... |\_\_|\_\_|

Año ..... |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

No sabe ..... 888

No responde ..... 999

C.25a

En los últimos 12 meses, ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana?

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.25b

En los últimos 12 meses, ¿realizó regularmente para distraerse alguna trabajo manual, artesanía, actividad artística por lo menos una vez a la semana?

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Necesito hacerle algunas preguntas sobre los primeros 15 años de su vida.

C.26

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

LEA CADA OPCIÓN  
HASTA OBTENER UNA  
RESPUESTA AFIRMATIVA

Buena ..... 1

Regular ..... 2

Mala ..... 3

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

C.27

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

Excelente ..... 1

Buena ..... 2

Mala ..... 3

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

SECCIÓN C. ESTADO DE SALUD

¿Antes de los 15 años, recuerda haber tenido alguna de estas enfermedades?	Sí	No	No sabe	No responde
C.28a Nefritis	1	2	8	9
C.28b Hepatitis	1	2	8	9
C.28c Sarampión	1	2	8	9
C.28d Tuberculosis	1	2	8	9
C.28e Fiebre reumática	1	2	8	9
C.28f Asma	1	2	8	9
C.28g Bronquitis crónica	1	2	8	9
<p>C.28h</p> <p>¿Tuvo alguna otra? _____                    </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;"> <p>INDAGAR SOBRE LAS OTRAS 3 MÁS IMPORTANTES PARA EL ENTREVISTADO</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;"> <p>SI NO REPORTA ALGUNA DE LAS OTRAS TRES ENFERMEDADES, ANOTE 999 EN EL ESPACIO PARA CÓDIGOS Y SI NO RECUERDA EL NOMBRE, PERO SABE QUE TENÍA ENFERMEDAD, ANOTE 888.</p> </div> <div style="width: 55%;"> <p>Especifique _____                    </p> <p>_____                    </p> </div> </div>				

C.29

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

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

C.30

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

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

HORA DE TERMINACIÓN: | | | | : | | | |

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

HORA DE INICIO: |\_|\_|:|\_|\_|

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

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



SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

<p>D.12c</p> <p>¿Alguien le ayuda para cruzar un cuarto caminando?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.13a</p> <p>¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o las medias)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">             PASE A D.14a         </div>
<p>D.13b</p> <p>¿Alguien le ayuda a vestirse?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.14a</p> <p>¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">             PASE A D.15a         </div>
<p>D.14b</p> <p>¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como murito, baranda o taburete)?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.14c</p> <p>¿Alguien le ayuda a bañarse?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

<p>D.15a</p> <p>¿Tiene alguna dificultad para comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etcétera)?</p>
<p>D.15b</p> <p>¿Alguien le ayuda a comer?</p>
<p>D.16a</p> <p>¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama?</p>
<p>D.16b</p> <p>¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o levantarse de la cama?</p>
<p>D.16c</p> <p>¿Alguien le ayuda a acostarse o pararse de la cama?</p>
<p>D.17a</p> <p>¿Tiene dificultad para usar el servicio sanitario (incluyendo sentarse y levantarse del excusado o inodoro)?</p>

Sí .....	1	} <table border="1"><tr><td>PASE A D.16a</td></tr></table>	PASE A D.16a
PASE A D.16a			
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

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

Sí .....	1	} <table border="1"><tr><td>PASE A D.17a</td></tr></table>	PASE A D.17a
PASE A D.17a			
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

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

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

Sí .....	1	} <table border="1"><tr><td>PASE A D.18a</td></tr></table>	PASE A D.18a
PASE A D.18a			
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

<p>D.17b</p> <p>¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio sanitario?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.17c</p> <p>¿Alguien le ayuda a usar el servicio sanitario?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.18a</p> <p>¿Tiene dificultad para preparar una comida caliente?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → <b>PASE A D.19a</b></p> <p>No puede ..... 3</p> <p>No lo hace ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8 } → <b>PASE A D.19a</b></p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.18b</p> <p>¿Alguien le ayuda a preparar una comida caliente?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.19a</p> <p>¿Tiene dificultad para manejar su propio dinero?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → <b>PASE A D.20a</b></p> <p>No puede ..... 3</p> <p>No lo hace ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8 } → <b>PASE A D.20a</b></p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.19b</p> <p>¿Alguien le ayuda a manejar su propio dinero?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.20a

¿Tiene dificultad para ir a otros lugares solo(a), como ir al doctor, la iglesia, etcétera?

---

D.20b

¿Alguien lo acompaña para ayudarlo a subir y bajar del transporte, le brinda transporte o lo ayuda a conseguir un transporte (llama al radiotaxi, por ejemplo)?

---

D.21a

¿Tiene dificultad para hacer las compras de alimentos?

---

D.21b

¿Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos?

---

D.22a

¿Tiene dificultad para llamar por teléfono?

Sí .....	1	
No .....	2	→
No puede .....	3	
No lo hace .....	4	}
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

PASE  
A  
D.21a

PASE  
A  
D.21a

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

Sí .....	1	
No .....	2	→
No puede .....	3	
No lo hace .....	4	}
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

PASE  
A  
D.22a

PASE  
A  
D.22a

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

Sí .....	1	
No .....	2	→
No puede .....	3	
No tiene teléfono .....	4	}
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

PASE  
A  
D.23a

PASE  
A  
D.23a

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

<p>D.22b</p> <p>¿Alguien le ayuda a llamar por teléfono?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.23a</p> <p>¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, como hacer las camas, sacudir, etcétera?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A D24a</span></p> <p>No puede ..... 3</p> <p>No lo hace ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8 } → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A D24a</span></p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.23b</p> <p>¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres ligeros de la casa?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.24a</p> <p>¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, como limpiar el baño, limpiar pisos, etcétera?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A D25a</span></p> <p>No puede ..... 3</p> <p>No lo hace ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8 } → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A D25a</span></p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>D.24b</p> <p>¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres pesados de la casa?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.25a

¿Tiene dificultad para tomar sus medicinas?

---

D.25b

¿Alguien le ayuda a tomar sus medicinas?

---

D.26 FILTRO

Recibe ayuda

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

Sí .....	1		
No .....	2	→	PASE A D.26
No puede .....	3		
No lo hace .....	4	}	PASE A D.26
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

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

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

Al menos un "sí" ↓

¿Cuántas personas en total le ayudan con sus actividades del vivir diario?.....|\_|\_|

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

No. de personas que ayudaron.....|\_|\_|

D.26a	D.26b	D.26c	D.26d		D.26e
Por favor, dígame los nombres de las personas que le ayudan con las actividades que ha mencionado, empezando con la persona que ayuda más.	¿Qué relación tiene (NOMBRE) con usted?  Esposo(a) o Compañero(a) ..... 01 Hijo(a) ..... 02 Hijastro(a) ..... 03 Padres o suegros ..... 04 Hermano(a) ..... 05 Yerno / nuera ..... 06 Nieto(a) ..... 07 Otro familiar ..... 08 Otro no familiar ..... 09 Ayuda pagada/doméstica .... 10 No sabe ..... 88 No responde ..... 99	¿Dónde vive (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> Misma casa.....1  Mismo vecindario.....2  Diferente vecindario, pero la misma ciudad.....3  Otra ciudad pero el mismo país.....4  Otro país.....5  No sabe.....8  No responde.....9	En total, ¿qué tan a menudo le ayuda (NOMBRE)?  Frecuencia:  Periodo:  Semana.....1 Mes.....2 Año.....3  No sabe.....888, 8  No responde.....999, 9	En total, ¿por cuánto tiempo ha estado (NOMBRE) ayudándole?  No sabe ..... 88 No responde ..... 99	
↓	→	→	→	→	→
NOMBRE	PARENTESCO	RESIDENCIA	FRECUENCIA	PERIODO	TIEMPO
1	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
2	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
3	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
4	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS
5	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _  .....MESES  _ _ _  .....AÑOS

HORA DE TERMINACIÓN: |\_|\_|\_|:|\_|\_|\_|

SECCIÓN E. MEDICINAS

HORA DE INICIO: | | : | | : | |

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

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

Sí ..... 1  
No ..... 2  
Entrevistado no toma medicamentos ..... 3 → **PASE A E.6**

	LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
	<p>EN CASO DE QUE NO SE LOS HAYA MOSTRADO PREGUNTE:</p> <p>E.2 ¿ME PODRÍA DECIR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO O USANDO?</p> <p>No. de Medicamentos:        </p> <p>No sabe.....88 No responde.....99</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p>¿Quién se lo recetó?</p> <p>Doctor.....1 Farmacéutico.....2 Enfermera.....3 Usted mismo.....4 Otro.....5 No sabe.....8 No responde.....9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usted usando de manera continua?</p> <p>No lo toma de manera continua ..... 55 No sabe ..... 88 No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p>¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?</p> <p>Asistencia social ..... 1 De su propio bolsillo ..... 4 Hijos pagan ..... 5 Otro ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
	MEDICAMENTO O REMEDIO	RESPONSABLE	TIEMPO	MODO DE OBTENCIÓN
1	_____		MESES.....        AÑOS.....	
2	_____		MESES.....        AÑOS.....	
3	_____		MESES.....        AÑOS.....	
4	_____		MESES.....        AÑOS.....	
5	_____		MESES.....        AÑOS.....	
6	_____		MESES.....        AÑOS.....	
7	_____		MESES.....        AÑOS.....	
8	_____		MESES.....        AÑOS.....	

SECCIÓN E. MEDICINAS

CONTINUA DE LA PAGINA PREVIA...

	E.2 LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
		¿Quién se lo recetó?  Doctor.....1 Farmacéutico.....2 Enfermera.....3 Usted mismo.....4 Otro.....5 No sabe.....8 No responde.....9	¿Por cuánto tiempo lo ha estado usted usando de manera continua?  No lo toma de manera continua ..... 55 No sabe ..... 88 No responde ..... 99	¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?  Asistencia social ..... 1 De su propio bolsillo ..... 4 Hijos pagan ..... 5 Otro ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
	↓ E.2	→ E.3	→ E.4	→ E.5
	MEDICAMENTO O REMEDIO	RESPONSABLE	TIEMPO	MODO DE OBTENCIÓN
9	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
10	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
11	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
12	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
13	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
14	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
15	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
16	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____
17	_____	_____	MESES..... _____  AÑOS..... _____	_____

SECCIÓN E. MEDICINAS

E.6  
¿Actualmente toma usted (otros) remedios naturales como medicina verde, hierbas o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?

Sí ..... 1 → **REGRESE A E.2 Y ANOTE**  
 No ..... 2  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

E.7  
¿Usted toma o usa algún otro medicamento? Por ejemplo, aspirina u otro medicamento contra el dolor, laxantes, medicamentos para la gripe, medicamentos para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, ungüento o complementos alimenticios.

Sí ..... 1  
 No ..... 2 } **PASEA E.7b**  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

E.7a  
¿Durante las últimas dos semanas, ha tomado o usado alguno de estos medicamentos?

Sí ..... 1 → **REGRESE A E.2 Y ANOTE**  
 No ..... 2  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

E.7b FILTRO  
Toma de medicamentos o remedios (ver preguntas E.1, E.6 y E.7)

Toma al menos uno ..... 1  
 No toma ninguno ..... 2 → **PASE A E.9**

E.8  
En total, durante el último mes, ¿cuánto gastó en medicinas (incluyendo inyecciones, cremas, etc. compradas con recetas médicas o sin receta)?

Nada ..... 000  
 Gasto total ..... | | | |  
 Si la persona no recuerda, sondee...  
 No sabe ..... 888  
 No responde ..... 999

E.9  
¿En algún momento durante los últimos 12 meses, usted dejó de tomar o tomó menos de un medicamento que le fue recetado?

**CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE**

Sí, ¿por qué?

por el costo ..... 1  
 la medicina no estaba disponible ..... 2  
 no tenía transporte ..... 3  
 no le gusta tomar medicinas ..... 4  
 otra razón ..... 5  
 Especifique

No ..... 6  
 No sabe ..... 8  
 No responde ..... 9

HORA DE TERMINACIÓN: | | : | |

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

HORA DE INICIO: |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

F.1

¿Recibe usted asistencia social?

INDAGAR SOLAMENTE SI TIENE ASISTENCIA SOCIAL, Y SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE MARCAR CÓDIGO 1 Y EN AMBOS CASOS PASE A F.2k.

(Qué tipo de seguro de salud tiene usted)

Asistencia social ..... 1

Seguro público ..... (2)

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

NO APLICA PARA EL CASO DE CUBA

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.3

¿Durante los últimos 12 meses, a dónde fue cuando se sintió enfermo o cuando necesitó hacer una consulta de salud?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

No hice consulta aunque la necesité.....	01	
No me he enfermado, no necesité ninguna consulta..	02	PASE A F.31
Médico de familia.....	03	
Policlínico .....	04	PASE A F.4
Hospital .....	05	
Sala de emergencia en un hospital .....	06	
Santero (curandero) .....	08	
Consulta privada .....	09	
Otro _____ Especifique	66	
No sabe .....	88	
No responde .....	99	

F.3a

¿Por qué no fue?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

Distancia, falta de transporte .....	1	PASE A F.31
No tengo tiempo .....	2	
No tengo dinero .....	3	
La atención no es buena .....	4	
Otro _____ Especifique	5	
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

F.4

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

Veces .....	_ _ _	
Ninguna noche .....	00	PASE A F.11
No sabe .....	88	
No responde .....	99	

F.5

En total, ¿cuántas noches estuvo ingresado en un hospital en los últimos cuatro meses?

Noches .....	_ _ _ _	
No sabe .....	888	
No responde .....	999	

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.6

¿Dónde estuvo ingresado la última vez?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Hospital público .....	1
Clinica privada .....	4
Casa de reposo .....	5
Otro _____	6
Especifique	
No sabe .....	8
No responde .....	9

F.6b

¿Podría decirme el nombre y dirección de este lugar?

NO APLICA EN EL CASO DE CUBA

F.7

¿Cuánto tiempo se demoró en llegar al hospital?

Minutos .....	_ _
Horas .....	_ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

F.8

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

Minutos .....	_ _
Horas .....	_ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.9

¿Quién pagó cuando estuvo ingresado?

**CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE**

Entrevistado(a) ..... 01

Esposo(a) / compañero(a) ..... 02

Hijo(a) ..... 03

Otro familiar ..... 04

Otra persona no familiar ..... 05

Se atendió en una institución pública ..... 07

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

F.10

¿Cuánto pagó o pagaron en forma particular por este ingreso?

Nada ..... 0000

Veces ..... | | | | |

No sabe ..... 8888

No responde ..... 9999

F.11

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

Sí ..... 1

No ..... 2

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

**PASE A F.30**

F.12

En los últimos cuatro meses ¿cuántas veces buscó atención médica o una consulta de cualquier tipo?

Veces ..... | | | |

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

F.13

La última vez que solicitó atención, ¿con quién realizó la consulta?

**CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA**

Médico de la familia ..... 1

Otro médico ..... 6

Enfermera ..... 2

Consulta privada ..... 7

Santero o Curandero ..... 4

Otro ..... 5

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.14

¿Dónde recibió esta atención o consulta?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Hospital público .....	01
Policlínico .....	02
Médico de familia .....	03
Consulta privada .....	08
En la casa del entrevistado .....	09
Otro _____	10
Especifique	
No sabe .....	88
No responde .....	99

F.15

¿Cuánto tiempo pasó entre que solicitó la consulta y la fecha en que le dieron la cita?

Días .....	_ _ _
Meses .....	_ _ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

F.16

¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde recibió la consulta?

Minutos .....	_ _ _
Horas .....	_ _ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

F.17

En el lugar de la consulta, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido por un profesional de la salud?

Minutos .....	_ _ _
Horas .....	_ _ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

F.18

¿Quién pagó por esa consulta?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE

Entrevistado(a) .....	01
Esposo(a) / compañero(a) .....	02
Hijo(a) .....	03
Otro familiar .....	04
Otra persona no familiar .....	05
Se atendió en una institución pública .....	07
No sabe .....	88
No responde .....	99

PASE A F.20





SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.27  
¿Tuvieron que pagar algo por estas medicinas?

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - No sabe ..... 8
  - No responde ..... 9
- PASE A  
F.31

F.28  
¿Quién pagó?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE  
MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

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

F.29  
¿Cuánto pagaron por estas medicinas?

- Nada ..... 000
  - Pago total ..... | | | |
  - No sabe ..... 888
  - No responde ..... 999
- PASE A  
F.31

F.30  
¿Por qué no hizo ninguna consulta médica en los últimos cuatro meses?

CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE  
MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE

- No lo necesitó ..... 01
- Costo de la atención ..... 02
- Costo del viaje ..... 03
- Tiempo requerido para el viaje y la espera ..... 04
- Problema no era grave ..... 05
- Atención es usualmente mala ..... 06
- Mi familia me necesitaba ..... 07
- Se automedicó ..... 08
- Otro ..... 09  
Especifique
- No sabe ..... 88
- No responde ..... 99

F.31  
Antes de terminar con esta sección, ¿me podría decir si ha recibido...

...la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?

...la vacuna toxoide tétanico en los últimos 10 años?

- Sí, gripe durante los últimos 12 meses ..... 1
- Sí, tétano ..... 2
- Ninguna ..... 3
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

HORA DE TERMINACIÓN: | | : | |

SECCIÓN G. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

HORA DE INICIO: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

No. de personas en la lista: \_\_\_\_

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

DATOS GENERALES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Anote los nombres de todos los miembros del hogar e incluya el nombre del entrevistado registrando "ENTREVISTADO". Pregunte G.3 a G.16 para cada miembro del hogar y SÓLO PREGUNTE G.3 PARA EL ENTREVISTADO ANOTANDO "NO PROCEDE" PARA EL RESTO DE LAS PREGUNTAS HASTA G.16.

N U M E R O  D E  R E G I S T R O	G.1	G.2	G.3	G.4	G.5	G.6
	Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que viven aquí, empezando por el jefe o la jefa del hogar; no olvide incluir su nombre y el de los niños. Incluya también la ayuda doméstica que viva aquí en la casa.  ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR. INCLUYA AL ENTREVISTADO REGISTRANDO "ENTREVISTADO".  ↓ G.1	Entonces, ¿son _____ personas las que forman este hogar?  Sí..... 1 NO..... 2 →  VERIFIQUE Y CORRIJA LA LISTA	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe o la jefa del hogar?  Esposo o compañero(a) 02 Hijo(a) ..... 03 Padres ..... 04 Suegros ..... 05 Hermanos ..... 06 Yerno o nuera ..... 07 Nieto(a) ..... 08 Hijastro(a) ..... 09 Otro familiar ..... 10 Otro no familiar ..... 11 Empleado doméstico ..... 12 No sabe ..... 88 No responde ..... 99  ↓ G.3	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con usted?  Esposo o compañero(a) 01 Hijo(a) ..... 02 Padres ..... 03 Suegros ..... 04 Hermanos ..... 05 Yerno o nuera ..... 06 Nieto(a) ..... 07 Hijastro(a) ..... 08 Otro familiar ..... 09 Otro no familiar ..... 10 Empleado doméstico ..... 11 No procede ..... 77 No sabe ..... 88 No responde ..... 99  ↓ G.4	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?  Hombre ..... 1 Mujer ..... 2 No procede .... 7  → G.5	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS  Menos de un año.....000 No procede...777 No sabe.....888 No responde..999  → G.6
	LISTA DE PERSONAS		PARENTESCO	PARENTESCO	SEXO	EDAD
1			01 Jefe(a) del hogar	_____	_____	_____
2			_____	_____	_____	_____
3			_____	_____	_____	_____
4			_____	_____	_____	_____
5			_____	_____	_____	_____
6			_____	_____	_____	_____
7			_____	_____	_____	_____
8			_____	_____	_____	_____
9			_____	_____	_____	_____
10			_____	_____	_____	_____

		PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.7	G.8	G.9	
	¿(NOMBRE) tiene derecho a servicio médico (o cobertura médica)...  proporcionado por instituciones públicas o paraestatales ? ..... 3  No procede ..... 7  → G.7	¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?  Sí ..... 1 No ..... 2 No procede.....7 No sabe ..... 8 No responde .... 9  → G.8	¿Fue (NOMBRE) a la escuela?  Sí ..... 1 No ..... 2 No procede ..... 7 No sabe ..... 8 No responde .... 9  → G.9	
		AFILIACIÓN	ALFABETISMO	ASISTENCIA
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SERVICIOS DE SALUD

	PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA LAS PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		
	G.10		G.11		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Cuál fue el último grado que (NOMBRE) aprobó en la escuela?		¿Actualmente (NOMBRE)...		
	ANOTE EL ÚLTIMO GRADO APROBADO Y EL NIVEL CORRESPONDENTE		CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA		
	Primaria..... 01 Secundaria.....02		vive en unión libre? ..... 1		
	Estudios con primaria como requisito - técnicos, comerciales o secretariales..... 03		es casado(a)? ..... 2		
	Estudios con secundaria como requisito - técnicos, comerciales, secretariales o normales..... 04		es viudo(a)? ..... 3		
	Preparatoria..... 05		es divorciado(a)? ..... 4		
	Normal..... 06		es separado(a)? ..... 5		
	Profesional..... 07		es soltero(a)? ..... 6		
	Posgrado..... 08		No procede ..... 7		
	No procede.....77, 7		No sabe ..... 8		
No sabe.....88, 8		No responde ..... 9			
No responde.....99, 9					
→ G.10		→ G.11		→ G.12	
	NIVEL	GRADO	ESTADO CIVIL	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	
1	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
2	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
3	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
4	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
5	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
6	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
7	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
8	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
9	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
10	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _	

		PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS				
N Ú M E R O D E E G I S T R O	G.13	G.14		G.15	G.16	
		Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 otro ..... 4 No ..... 5 No procede ..... 7 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">PASE A G.15</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">→ G.13</div>	En total, ¿con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted? Veces por Periodo: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3 Menos de una vez al año.....00, 4 No procede.....77, 7 No sabe .....88, 8 No responde..99, 9 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">→ G.14</div>		Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 con el cuidado de los niños ..... 4 otro ..... 5 No ..... 6 No procede ..... 7 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">PASE A G.17a</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">→ G.15</div>	En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)? Veces por Periodo: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3 Menos de una vez al año.....00, 4 No procede.....77, 7 No sabe .....88, 8 No responde..99, 9 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">→ G.16</div>
	AYUDA RECIBIDA	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# TRANSFERENCIAS

G.17a

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

Sí, número de personas ..... | |

No ..... 0

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

**PASE  
A  
G.18**

N Ú M E R O  D E  R E G I S T R O	G.17b	G.17c	G.17d	G.17e
	Indagar el nombre o los nombres de las personas ausentes.	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	¿En qué tipo de institución está ahora?
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</div>	Hombre ..... 1 Mujer ..... 2	Hospital/clínica/ institución médica ..... 1 Asilo, residencia o geriátrico ..... 2 Institutos de rehabilitación de drogas o alcohol ..... 3 Institutos de rehabilitación física ..... 4 Institutos psiquiátricos ..... 5 Otro ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	
	↓ G.17b	→ G.17c	→ G.17d	→ G.17e
	LISTA DE PERSONAS	EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN
1		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
2		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
3		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
4		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

G.18 FILTRO

Al menos un hijo, hijastro, hijo adoptivo actualmente vivo que no reside en este hogar (ver pregunta A.23 y G.3)

Sí ..... 1

No ..... 2 →

**PASE A G.32**

DATOS GENERALES DE LOS HIJOS, HIJASTROS Y HIJOS ADOPTIVOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

No. de personas en la lista:  __ __				
	G.18a	G.19	G.20	G.21
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	Ahora, quiero preguntarle acerca de los hijos que no viven con usted.  Por favor, dígame los nombres de sus hijos que no viven con usted.  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">                         ANOTE EL NOMBRE DE TODOS LOS HIJOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y PREGUNTE G.19 A G31                     </div> Número de hijos fuera del hogar   __ __   No tiene hijos fuera del hogar.....00 No sabe.....88 No responde..99	¿(NOMBRE) es su...  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> Hijo(a) propio? ..... 1 Hijastro(a)? ..... 2 Hijo(a) adoptado(a)? ..... 3 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?  Hombre ..... 1 Mujer ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                         EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS                     </div> Menos de un año.....000 No sabe.....888 No responde.....999
	↓ G.18a	→ G.19	→ G.20	→ G.21
	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	EDAD
1		__	__	_ _ _
2		__	__	_ _ _
3		__	__	_ _ _
4		__	__	_ _ _
5		__	__	_ _ _
6		__	__	_ _ _
7		__	__	_ _ _
8		__	__	_ _ _
9		__	__	_ _ _
10		__	__	_ _ _

**DATOS GENERALES DE LOS HIJOS, HIJASTROS Y HIJOS ADOPTIVOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR**

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA LAS PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS					
G.22		G.23	G.24	G.25			
¿Cuál fue el último grado que (NOMBRE) aprobó en la escuela? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         ANOTE EL ÚLTIMO GRADO APROBADO Y EL NIVEL CORRESPONDENTE                     </div> Nivel: Primaria.....01 Secundaria.....02 Estudios con primaria como requisito - técnicos, comerciales o secretariales.....03 Estudios con secundaria como requisito - técnicos, comerciales, secretariales o normales..... 04 Preparatoria (Preuniversitario) ..... 05 Normal .....06 Profesional (Universidad) .....07 Posgrado.....08 No procede.....77, 7 No sabe.....88, 8 No responde.....99, 9 <p align="center">→ G.22</p>		¿Actualmente (NOMBRE)... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> vive en unión libre? ..... 1 es separado(a)? ..... 2 es divorciado(a)? ..... 3 es viudo(a)? ..... 4 es soltero(a)? ..... 5 es casado(a)? ..... 6 No procede ..... 7 No sabe ..... 8 No responde ..... 9 <p align="center">→ G.23</p>			¿Cuántos hijos tiene (NOMBRE)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         ANOTE EL NÚMERO DE HIJOS                     </div> No procede.....77 No sabe.....88 No responde...99 <p align="center">→ G.24</p>		¿La semana pasada (NOMBRE): <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> trabajó? ..... 01 no trabajó, pero sí tenía trabajo? ..... 02 buscó trabajo? ..... 03 se dedicó a los quehaceres de su hogar? ..... 04 asistió a la escuela? ..... 05 está jubilado(a) o pensionado(a)? ..... 06 está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? ..... 07 no trabajó? ..... 08 No procede ..... 77 No sabe ..... 88 No responde ..... 99 <p align="center">→ G.25</p>
NIVEL	GRADO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			
1	_____	_____	_____	_____			
2	_____	_____	_____	_____			
3	_____	_____	_____	_____			
4	_____	_____	_____	_____			
5	_____	_____	_____	_____			
6	_____	_____	_____	_____			
7	_____	_____	_____	_____			
8	_____	_____	_____	_____			
9	_____	_____	_____	_____			
10	_____	_____	_____	_____			

DATOS GENERALES DE LOS HIJOS, HIJASTROS Y HIJOS ADOPTIVOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

				No. de personas en la lista:  __   __		
G.26		G.27a		G.27b		
N Ú M E R O D E E R E S T R O	¿Dónde vive (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div>		¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?  Veces por Período: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3  Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....88, 8 No responde ..99, 9		NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO  ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div>	
	Mismo vecindario.....	1			Muy satisfecho(a).....	1
	Diferente vecindario, pero la misma ciudad.....	2			Satisfecho (a).....	2
	Otra ciudad pero el mismo país ...	3			No satisfecho(a).....	3
	Otro país .....	4			No sabe .....	8
	No sabe .....	8			No responde .....	9
	No responde.....	9			Sustituto .....	0
	→ G.26		→ G.27a		→ G.27b	
	RESIDENCIA		VECES	PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN	
	1	__	__	__	__	
2	__	__	__	__		
3	__	__	__	__		
4	__	__	__	__		
5	__	__	__	__		
6	__	__	__	__		
7	__	__	__	__		
8	__	__	__	__		
9	__	__	__	__		
10	__	__	__	__		

**DATOS GENERALES DE LOS HIJOS, HIJASTROS Y HIJOS ADOPTIVOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR**

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.28	G.29	G.30	G.31		
	<p>Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>compañía ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: fit-content;">PASE A G.30</div> <p align="center">→ G.28</p>	<p>¿Con que frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted...?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Período:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....88, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p align="center">→ G.29</p>	<p>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>con el cuidado de los niños ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: fit-content;">PASE A G.32</div> <p align="center">→ G.30</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Período:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....88, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p align="center">→ G.31</p>		
	AYUDARECIBIDA	VECES	PERIODO	AYUDADELENTREVISTADO	VECES	PERIODO
1	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
2	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
3	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
4	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
5	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
6	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
7	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
8	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
9	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _
10	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _	_ _   _ _   _ _	_ _	_ _

DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR

No. de personas en la lista: <input type="text"/>					
	G.32	G.33	G.34	G.35	G.36
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	Continuemos con algunas preguntas sobre los hermanos y hermanas que no viven con usted.  Empezando con su hermano mayor, por favor dígame los nombres de cada uno de sus hermanos que no viven con usted.  APUNTE TODOS LOS HERMANOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y DESPUÉS PREGUNTE G33-G43.  Tiene hermanos fuera del hogar...1 No tiene hermanos fuera del hogar o ya fallecieron.....0 No sabe.....8 No responde.....9 PASE A G.44a  ↓ G.32	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?  Hombre ..... 1 Mujer ..... 2	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS  No sabe ..... 888 No responde .. 999  → G.34	¿Actualmente (NOMBRE)...?  LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA  vive en unión libre?...1 es separado(a)?.....2 es divorciado(a)?.....3 es viudo(a)?.....4 es soltero(a)?.....5 es casado(a)?.....6 No sabe.....8 No responde.....9  → G.35	¿Cuántos hijos tiene (NOMBRE)?  ANOTE NÚMERO DE HIJOS  No sabe ..... 88 No responde .. 99  → G.36
		NOMBRE DE HERMANOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR

N Ú M E R O	G.37	G.38	G.39a		G.39b
	<p>¿La semana pasada (NOMBRE):</p> <p><b>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</b></p> <p>trabajó? ..... 01</p> <p>no trabajó, pero sí tenía trabajo? ..... 02</p> <p>buscó trabajo? ..... 03</p> <p>se dedica a los quehaceres de su hogar? ..... 04</p> <p>asistió a la escuela ..... 05</p> <p>está jubilado (a) o pensionado(a)? ..... 06</p> <p>está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? ..... 07</p> <p>no trabajó? ..... 08</p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.37</p>	<p>¿Dónde vive (NOMBRE)?</p> <p><b>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</b></p> <p>Mismo vecindario ..... 1</p> <p>Distinto vecindario, pero la misma ciudad ..... 2</p> <p>Otra ciudad pero el mismo país ..... 3</p> <p>Otro país ..... 4</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.38</p>	<p>¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Período:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año ..... 00, 4</p> <p>No sabe ..... 88, 8</p> <p>No responde ..... 99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.39a</p>	<p>NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO</p> <p>¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?</p> <p><b>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</b></p> <p>Muy satisfecho(a) ..... 1</p> <p>Satisfecho (a) ..... 2</p> <p>No satisfecho(a) ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p>Sustituto ..... 0</p> <p style="text-align: center;">→ G.39b</p>	
	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	RESIDENCIA	VECES	PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN
1	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
2	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
3	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
4	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
5	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
6	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
7	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
8	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
9	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
10	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _

DATOS GENERALES DE HERMANOS Y HERMANAS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR

No. de personas en la lista: <input style="width: 40px;" type="text"/>						
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.40	G.41		G.42	G.43	
	<p>Ahora dígame si (NOMBRE) lo ayuda a usted de alguna forma.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>compañía ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">PASE A G.42</div> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>¿Con qué frecuencia le ayuda (NOMBRE) a usted...?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Período:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....88, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">G.41</p>		<p>Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px 0;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div> <p>Sí,</p> <p>con dinero ..... 1</p> <p>con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2</p> <p>dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3</p> <p>compañía ..... 4</p> <p>otro ..... 5</p> <p>No ..... 6</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">PASE A G.44a</div> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">G.42</p>		<p>En total, ¿con qué frecuencia ayuda usted a (NOMBRE)?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Período:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4</p> <p>No sabe .....88, 8</p> <p>No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">G.43</p>
	AYUDA RECIBIDA	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO
1	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
2	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
3	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
4	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
5	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
6	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
7	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
8	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
10	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

	G.44a	G.44b	G.45	G.46
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Existe algún otro familiar o amigo del cual usted recibe o da ayuda y que no viva con usted?  No ..... 2 No sabe ..... 8 No responde 9 Sí ..... 1 → ¿Me podría decir el nombre de estas personas?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                         PASE A G.52                     </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;">                         APUNTE TODOS LOS OTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE NO RESIDEN EN EL HOGAR Y DESPUÉS PREGUNTE G44b-G51                     </div>	¿Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con usted?  Padres ..... 1 Suegros ..... 2 Yerno o nuera ..... 3 Nieto(a) ..... 4 Sobrino(a) ..... 5 Otro familiar ..... 6 No familiar ..... 7 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?  Hombre ..... 1 Mujer ..... 2 No sabe ..... 8 No responde ..... 9	¿Dónde vive (NOMBRE)?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                         LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA                     </div> Mismo vecindario ..... 1 Diferente vecindario pero la misma ciudad ..... 2 Otra ciudad pero el mismo país ..... 3 Otro país ..... 4 No sabe ..... 8 No responde ..... 9
	↓ G.44a	→ G.44b	→ G.45	→ G.46
	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	RESIDENCIA
1		_____	_____	_____
2		_____	_____	_____
3		_____	_____	_____
4		_____	_____	_____
5		_____	_____	_____
6		_____	_____	_____
7		_____	_____	_____
8		_____	_____	_____
9		_____	_____	_____
10		_____	_____	_____

DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

No. de personas en la lista: |\_\_|\_\_|

G.47a		G.47b	G.48		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	¿Con qué frecuencia ve o habla usted con (NOMBRE)?		NO SE PREGUNTA SI RESPONDE UN SUSTITUTO		
	Veces por		¿Qué tan satisfecho(a) está usted con su comunicación con (NOMBRE)?		
	Período: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3		LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA		
	Menos de una vez al año.....00, 4		Muy satisfecho(a) ..... 1		
	No sabe .....88, 8		Satisfecho(a) ..... 2		
	No responde ..99, 9		No satisfecho(a) ..... 3		
			No sabe ..... 8		
			No responde ..... 9		
			Sustituto ..... 0		
			Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 con compañía ..... 4 otro ..... 5 No ..... 6 No sabe ..... 8 No responde ..... 9		
→ G.47a		→ G.47b		→ G.48	
VECES		PERIODO	SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN		AYUDARECIBIDA
1	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
2	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
3	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
4	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
5	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
6	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
7	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
8	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
9	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __
10	__ __	__ __	__ __		__ __   __ __   __ __

PASE A G.50

DATOS GENERALES DE OTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.49		G.50			G.51	
	En total, ¿con qué frecuencia?	Ahora dígame, si usted ayuda a (NOMBRE) de alguna forma.		En total, ¿con qué frecuencia?			
Veces	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI CONTESTA SÍ, LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</div>		Veces				
por	Sí, con dinero ..... 1 con servicios como transporte, haciendo quehaceres del hogar y patio, etc. .... 2 dándole cosas que necesita como comida, ropas, etc. .... 3 cuidado de niños ..... 4 con compañía ..... 5 otro ..... 6 No ..... 7 No sabe ..... 8 No responde ..... 9		por Período: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3 Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....88, 8 No responde ..99, 9				
	→ G.49		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A G.52</div> → G.50			→ G.51	
	VECES	PERIODO	AYUDA DEL ENTREVISTADO			VECES	PERIODO
1	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
2	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
3	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
4	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
5	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
6	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
7	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
8	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
9	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
10	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS

No. de asistencia o servicios en la lista:

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.52	G.53	G.54	
	<p>¿Durante los últimos 12 meses, recibió usted asistencia de algún tipo de institución u organización que apoya a los adultos mayores en su comunidad?</p> <p><b>ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LINEA</b></p> <p>Sí, servicio de bienestar social ..... 1 un centro de adultos mayores ..... 2 servicio de cuidado en la casa ..... 3 iglesia o templo ..... 4 otro ..... 5 No ..... 6 No sabe.....8 No responde .....9</p> <p><b>PASE A G.55</b></p> <p style="text-align: center;">↓ G.52</p>	<p>¿Qué tipo de ayuda recibe usted?</p> <p><b>LEA CADA OPCIÓN ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</b></p> <p>Dinero ..... 01 Comida ..... 02 Ropa ..... 03 Ayuda con quehaceres de hogar ..... 04 Ayuda con cuidado personal ..... 05 Transporte ..... 06 Entretenimiento ..... 07 Compañía ..... 08 Otro ..... 09 No sabe ..... 88 No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.53</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia recibe usted esta ayuda?</p> <p>Veces por</p> <p>Periodo: Semana ..... 1 Mes ..... 2 Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año.....00, 4 No sabe .....88, 8 No responde ..99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.54</p>	
	ASISTENCIA	TIPO DE AYUDA DE LAS INSTITUCIONES	VECES	PERIODO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y TRANSFERENCIAS

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.55	G.56	G.57	
	<p>Durante el último año, ¿ha prestado algún servicio de forma voluntaria o gratis a alguna organización en su comunidad?</p> <p><b>ANOTE TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LINEA</b></p> <p>Sí,</p> <p>servicios de bienestar social ..... 01</p> <p>centro de adultos mayores ..... 02</p> <p>centro hogar de niños ..... 03</p> <p>colegio/universidad ..... 04</p> <p>puesto de salud ..... 05</p> <p>iglesia o templo ..... 06</p> <p>hospital ..... 07</p> <p>otro ..... 08</p> <p>No ..... 09</p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">↓ G.55</p> <p><b>PASE A SECCIÓN H</b></p>	<p>Díganos de cada una de las organizaciones o agencias a la que usted da servicios, ¿qué tipo de ayuda da usted?</p> <p><b>ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</b></p> <p>Dinero ..... 01</p> <p>Comida ..... 02</p> <p>Ropa ..... 03</p> <p>Ayuda con la administración del programa ..... 04</p> <p>Transporte ..... 05</p> <p>Ayuda con enseñanza ..... 06</p> <p>Ayuda en la oficina ..... 07</p> <p>Otro ..... 08</p> <p>No sabe ..... 88</p> <p>No responde ..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.56</p>	<p>En total, ¿con qué frecuencia da usted esta ayuda?</p> <p>Veces</p> <p>por</p> <p>Período:</p> <p>Semana ..... 1</p> <p>Mes ..... 2</p> <p>Año ..... 3</p> <p>Menos de una vez al año ..... 00, 4</p> <p>No sabe ..... 88, 8</p> <p>No responde ..... 99, 9</p> <p style="text-align: center;">G.57</p>	
	SERVICIO VOLUNTARIO	TIPO DE AYUDA DEL ENTREVISTADO	VECES	PERIODO
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

HORA DE TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

HORA DE INICIO: |\_|\_| : |\_|\_|

H.1  
¿Alguna vez en su vida ha tenido algún trabajo por el cual recibió un pago en dinero o en especie?

Sí .....	1	→	PASE A H.4
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

H.2  
¿Alguna vez trabajó o ayudó en un establecimiento o predio familiar sin recibir pago alguno?

Sí .....	1	→	PASE A H.4
No .....	2		
No sabe .....	8		
No responde .....	9		

H.3  
¿Cuál es la razón principal por la que nunca ha trabajado?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

Problemas de salud .....	1	PASE A H.26
No tenía necesidad económica .....	2	
Me dediqué a cuidar a mi familia .....	3	
Me casé muy joven .....	4	
No había oportunidades de trabajo .....	5	
Mis padres no me dejaron .....	6	
Otro _____	7	
Especifique		
No sabe .....	8	
No responde .....	9	

H.4  
¿Qué edad tenía cuando empezó a trabajar por primera vez?

Años .....	_ _
No sabe .....	88
No responde .....	99

H.5  
¿Durante la semana pasada usted...

LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

trabajó? .....	01	PASE A H.9
tenía trabajo, pero no trabajó? .....	02	
trabajó ayudando en algún negocio familiar con o sin pago? .....	03	
buscó trabajo? .....	04	
se dedicó a los quehaceres del hogar? .....	05	
era jubilado(a) o pensionado(a)? .....	06	
estaba incapacitado(a) temporalmente para trabajar? .....	07	
está incapacitado(a) permanentemente para trabajar? .....	08	
no trabajó? .....	09	
No sabe .....	88	
No responde .....	99	

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.6  
Además de esa actividad (condicion en H.5) ¿la semana pasada usted...

LEA CADA OPCION HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA

- vendió algún producto? ..... 01
  - hizo algunos productos para vender? ..... 02
  - lavó, planchó o cocinó, reparó electrodomésticos, cuidó niños o cualquier otra tarea a cambio de un pago? ..... 03
  - ayudó a trabajar en actividades agrícolas o en la cría de animales? ..... 04
  - (no leer) no realizó ninguna de estas actividades? 05
  - No sabe ..... 88
  - No responde ..... 99
- PASE A H.9

H.7  
¿A qué edad dejó usted de trabajar?

Años ..... |\_|\_|\_|\_|

No sabe ..... 888

No responde ..... 999

H.8  
¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no trabaja?

CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA

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

H.9  
Ahora me voy a referir a su trabajo actual o al último que realizó.  
¿Cuál es el nombre de la ocupación u oficio que usted desempeñó en su empleo (principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?

Textual \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

H.10  
¿Cuáles fueron las actividades o tareas más importantes que usted desarrolló en su empleo (principal) la semana pasada (la última vez que trabajó)?

Textual \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.11

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

ESTABLECIMIENTO: NEGOCIO,  
DESPACHO, FÁBRICA, EMPRESA,  
INSTITUCIÓN COMPAÑÍA

Textual \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

H.12

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

LEA CADA OPCIÓN HASTA  
OBTENER UNA RESPUESTA  
AFIRMATIVA

Obrero o empleado no agropecuario? ..... 01

Jornalero rural o peón de campo? ..... 02

Patrón, empleador o propietario de un negocio (de 1 a 5 trabajadores)? ..... 03

Patrón, empleador o propietario de un negocio (de 6 y más trabajadores)? ..... 04

Trabajador por cuenta propia? ..... 05

Trabajador familiar sin retribución? ..... 06

Trabajador no familiar sin retribución? ..... 07

Trabajador a destajo? ..... 08

Pequeño agricultor o cooperativista (CPA, CCS, UBPC)? ..... 10

Otro \_\_\_\_\_ Especifique ..... 09

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

H.13

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

Al día ..... 1 |\_\_|\_\_|

A la semana ..... 2 |\_\_|\_\_|

Al mes ..... 3 |\_\_|\_\_|\_\_|

No sabe ..... 888

No responde ..... 999

H.14

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

Días ..... |\_\_|\_\_|

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

H.14b

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

Semanas ..... |\_\_|\_\_|

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.15  
¿La ocupación u oficio que usted desempeña (o la última que desempeñó) es la que ha realizado durante la mayor parte de su vida adulta?

---

H.16  
¿Cuál es la ocupación en la que trabajó la mayor parte de su vida?

---

H.17  
¿Por qué cambió de ocupación?

---

H.18  
¿Por cuántos años se ha dedicado (se dedicó) a esa ocupación?

---

H.19  
¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho a usted si tiene un problema de salud provocado por las condiciones de esta ocupación?

---

H.20  
¿Qué tipo de problema es éste?

Sí ..... 1 → PASE  
A H.18

No ..... 2

Trabajó por poco tiempo ..... 3 → PASE  
A H.21

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Textual \_\_\_\_\_ | | | |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

Textual \_\_\_\_\_ | | | |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

Años ..... | | | |

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

Sí ..... 1

No ..... 2 } PASE  
A H.21

No sabe ..... 8

No responde ..... 9

Textual \_\_\_\_\_ | | | |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.21 FILTRO  
Trabajo actual. Ver preguntas H.5 y H.6.

H.22  
¿Cuál es la razón principal por la que trabaja?

**CIRCULE SÓLO UNA RESPUESTA**

H.23  
En su trabajo, ¿usted recibe alguno de los siguientes beneficios?

**LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS**

H.24  
En ese trabajo ¿cómo le pagan?

**CIRCULE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE ESPONTÁNEAMENTE**

- Trabaja actualmente ..... 1
  - No trabaja actualmente ..... 2 →
- PASE A H.26**

- Tengo necesidad del ingreso ..... 1
- Para ayudar a mi familia ..... 2
- Para mantenerme ocupado ..... 3
- Para sentirme útil ..... 4
- Porque me gusta mi trabajo ..... 5
- Otro ..... 6  
(Especifique)
- No sabe ..... 8
- No responde ..... 9

- Bonos ..... 01
- Participación en los beneficios ..... 02
- Jubilación o pensión ..... 03
- Servicios médicos ..... 04
- Vales de despensa (bonos de alimentos) ..... 05
- Aguinaldo (bono de Navidad) ..... 06
- Otro ..... 07  
(Especifique)
- Ninguno ..... 08
- No sabe ..... 88
- No responde ..... 99

- Salario fijo (mensual o quincenal) ..... 01
  - Por hora o día ..... 02
  - A destajo ..... 03
  - Por comisión o porcentaje ..... 04
  - Por honorarios ..... 05
  - Por propinas ..... 06
  - En especie ..... 07
  - Por ganancias ..... 08
  - ¿Otro? ..... 09  
(Especifique)
  - No le pagan ..... 10 →
  - No sabe ..... 88
  - No responde ..... 99
- PASE A H.26**

SECCIÓN H. HISTORIA LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

H.25

En total, ¿cuánto gana usted por éste y otros trabajos que realice y cada cuanto recibe esta cantidad?

**ESCOJA LA ALTERNATIVA QUE MÁS SE AJUSTE**

Al día ..... 1|\_|\_|\_|\_|\_|

A la semana ..... 2|\_|\_|\_|\_|\_|

A la quincena ..... 3|\_|\_|\_|\_|\_|

Al mes ..... 4|\_|\_|\_|\_|\_|

Al año ..... 5|\_|\_|\_|\_|\_|

No sabe ..... 8888

No responde ..... 9999

H.26	H.27a Monto	H.27b Frecuencia
<p>¿Recibe usted ingresos por...</p> <p><b>LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS</b></p> <p>jubilación o pensión? ..... 1</p> <p>ayuda de familiares desde otro país? ..... 2</p> <p>ayuda de familiares dentro del país? ..... 3</p> <p>alquiler (renta) o ingresos bancarios? ..... 4</p> <p>subsidio de bienestar social? ..... 5</p> <p>otro? _____ 6 (Especifique)</p> <p>Ninguno ..... 7</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p> <p><b>Pase A H.27c</b></p>	<p><b>PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA EN H.26 PREGUNTE H.27A Y H.27B</b></p> <p>¿Cuánto recibe usted por (BENEFICIO)?</p> <p> _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _ </p>	<p>¿Con qué frecuencia recibe usted (BENEFICIO)...</p> <p><b>a la semana..... 1</b></p> <p><b>a la mes..... 2</b></p> <p><b>a la quincena..... 3</b></p> <p><b>al año..... 4</b></p> <p>Period Times</p> <p> _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ </p> <p> _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ </p>

H.27c FILTRO

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

Sí ..... 1

No ..... 2 → **PASE A H.29a**

H.28

¿Cuántas personas dependen de sus ingresos?

**INCLUYA AL ENTREVISTADO EN LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESTOS INGRESOS**

Sólo el entrevistado ..... 01

Número de personas ..... |\_|\_|

No sabe ..... 88

No responde ..... 99

Le voy a mencionar diferentes gastos de la vida diaria y quisiera que me dijera si usted los paga o alguien más lo hace.	Lo paga usted		Otra persona	No los hace	No Resp.
	Sí, todo	Sí, en parte			
H.29a Casa (electricidad, gas, teléfono, agua, etc.)	1	2	3	4	9
H.29b Comida	1	2	3	4	9
H.29c Ropa	1	2	3	4	9
H.29d Gastos médicos (medicinas, consultas, etc.)	1	2	3	4	9
H.29e Paseos o transporte	1	2	3	4	9
H.29f Otros (misceláneas) _____ Especifique _____	1	2	3	4	9

H.30  
¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades del vivir diario?

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

HORA DE TERMINACIÓN: |\_|\_| : |\_|\_|

## SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

HORA DE INICIO: |\_|\_| : |\_|\_|

J.1  
 Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de esta vivienda.  
 ¿Este vivienda es:

LEA CADA OPCIÓN HASTA  
OBTENER UNA RESPUESTA  
AFIRMATIVA

casa sola? .....	1
departamento (apartamento)? .....	2
cuarto de azotea? .....	3
cuartearía? .....	6
bohío? .....	7
otro? _____	5
_____	
Especifique	

J.2  
 ¿La vivienda es:

LEA CADA OPCIÓN HASTA  
OBTENER UNA RESPUESTA  
AFIRMATIVA

propia y totalmente pagada, en terreno propio? .....	01
la está pagando actualmente? .....	02
propia en terreno que no es propio? .....	03
rentada o alquilada? .....	04
prestada? .....	05
usufructo gratuito? .....	07
medios básicos? .....	10
otro? _____	06
_____	
Especifique	
No sabe .....	88
No responde .....	99

J.3  
 ¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?

Sí .....	1
No .....	2

J.4  
 ¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada:

LEA CADA OPCIÓN HASTA  
OBTENER UNA RESPUESTA  
AFIRMATIVA

dentro de la vivienda? .....	1
fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? .....	2
de llave pública? .....	3
no disponen de agua entubada? .....	4

J.5a  
 ¿Disponen de drenaje en esta vivienda?

Sí .....	1
No .....	2 →

PASE  
A J.6

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>J.5b</p> <p>¿Está conectado al drenaje de la calle o a fosa séptica o a un pozo?</p>	<p>Conectado al drenaje de la calle ..... 1</p> <p>Conectado a la fosa séptica o pozo ..... 2</p> <p>Desagua al suelo, río o lago ..... 3</p> <p>No sabe ..... 8</p> <p>No responde ..... 9</p>
<p>J.6</p> <p>¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?</p>	<p>Tierra ..... 1</p> <p>Cemento o ladrillo ..... 2</p> <p>Madera, mosaico, alfombra u otros recubrimientos ..... 3</p>
<p>J.7</p> <p>¿Cuántos cuartos en total tiene esta vivienda, sin contar el baño, la cocina y los pasillos?</p>	<p>Número de cuartos ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>J.8</p> <p>¿Tiene esta vivienda una pieza o habitación para cocinar?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>
<p>J.9</p> <p>¿Qué tipo de combustible se usa para cocinar?</p> <div data-bbox="250 1100 526 1184" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>LEA CADA OPCIÓN HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> </div>	<p>Gas natural por tubería ..... 1</p> <p>Gas de garrafa ..... 2</p> <p>Electricidad ..... 3</p> <p>Kerosene o parafina ..... 4</p> <p>Carbón o leña ..... 5</p> <p>Otro ..... 6</p>
<p>J.10</p> <p>¿Tiene baño esta vivienda?</p>	<p>Sí, tiene dentro de la vivienda ..... 1</p> <p>Sí, tiene fuera de la vivienda pero en el mismo terreno ..... 2</p> <p>No ..... 3 → <div data-bbox="1377 1402 1490 1478" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>PASE A J.12</p> </div></p>
<p>J.11</p> <p>¿Tiene el excusado (baño) conexión de agua?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>No ..... 2</p>
<p>J.12</p> <p>¿Alguien de este hogar posee...</p> <div data-bbox="211 1806 535 1898" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS</p> </div>	<p>bicicleta? ..... 1</p> <p>motocicleta o motoneta? ..... 2</p> <p>automóvil? ..... 3</p> <p>Otro vehículo? ..... 4</p> <p>Ningún vehículo ..... 5</p> <p>No responde ..... 9</p>

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

J.13

¿Tiene este hogar...

LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE  
TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATI-  
VAS

refrigerador? .....	01
lavadora? .....	02
calentador de agua? .....	03
horno de microondas? .....	04
televisión? .....	05
teléfono? .....	06
videocassetera? .....	07
radio, tocadiscos, modular o equipo de discos compactos? .....	08
aire acondicionado? .....	10
ventilador? .....	11
Ninguna .....	77

SECCIÓN N: PREGUNTAS Y COMENTARIOS FINALES

1. ¿Observó que existiera violencia, abandono o maltrato, hacia la(s) persona(s) entrevistada(s) por parte de algún(os) integrante(s) del hogar?

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → PASE A  
3

2. Describa la situación:

Textual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. ¿Tuvo dificultades para completar el cuestionario individual?

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → PASE A  
5

4. ¿De qué tipo?

Textual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. ¿Hubo alguna situación especial que dificultara su labor durante la entrevista?

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → PASE A  
7

6. Describa la situación.

Textual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SECCIÓN N: PREGUNTAS Y COMENTARIOS FINALES

7. ¿Hubo más personas durante el desarrollo de la entrevista (además de los "informantes" o "reemplazantes"?

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → PASE A  
9

8. ¿Qué relación tenían con la persona entrevistada y qué tipo de participación tuvieron durante la entrevista?

Textual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. ¿Hubo rechazo y oposición de la persona entrevistada durante el desarrollo de la entrevista?

Sí ..... 1  
 No ..... 2 → PASE A  
11

10. ¿En qué parte (sección) de la entrevista?

Textual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. ¿En qué horario y qué día de la semana considera usted que es más fácil encontrar a la persona entrevistada, en caso de que se requiera mayor información a futuro?

Textual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_