

SECCIÓN 10: BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES JEFE DE HOGAR O CÓNYUGE

1. ¿En su hogar conocen algo respecto de buenas prácticas ambientales?

SI.....

	1
--	---

 NO.....

	2
--	---

2. ¿Alguna persona de su hogar ha recibido capacitación en temas ambientales, tales como:

	SI	NO
1. Problemas ambientales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Contaminación del suelo (basura)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reciclaje?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Elaboración y uso de abono orgánico (compost)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otro (especifique)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿En su hogar que hacen con las pilas viejas de sus aparatos eléctricos:

	SI	NO
1. Las botan con el resto de basura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las botan en recipientes adecuados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otra, especifique?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Qué hace su hogar con los desperdicios provenientes de productos químicos (desinfectantes, insecticidas, fungicidas):

	SI	NO
1. Botan al río - desagüe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Botan conjuntamente con la basura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Separan?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿En su hogar que hacen con el aceite de cocina usado:

	SI	NO
1. Botan al desagüe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Botan en recipientes adecuados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Almacenan?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Botan con el resto de la basura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otra, especifique?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Su hogar qué hace con los frascos de medicamentos usados o caducados:

	SI	NO
1. Bota con el resto de la basura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Entrega a la farmacia más cercana?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los guarda?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Los miembros de su hogar cuando se encuentran fuera de casa ya sea en la calle, en el trabajo, en la escuela, de paseo, etc. ¿Dónde botan la basura:

	SI	NO
1. En la calle?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En basureros públicos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lleva en el auto una funda?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otra, especifique?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿En su hogar clasifican los desechos de:

	SI	NO
1. Papel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Plástico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desechos orgánicos (de cocina)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Su hogar con qué frecuencia usa productos desechables (de un solo uso) :

1. Muy frecuente?.....	<input type="checkbox"/>
2. Frecuentemente?.....	<input type="checkbox"/>
3. Alguna vez?.....	<input type="checkbox"/>
4. Nunca?.....	<input type="checkbox"/>

10. ¿En su hogar utilizan **PRODUCTOS QUÍMICOS** biodegradables (de fácil descomposición)?

SI.....

	1
--	---

 NO.....

	2
--	---

Cuáles?

1. Detergentes?.....	<input type="checkbox"/>
2. Desinfectantes?.....	<input type="checkbox"/>
3. Otro, especifique?.....	<input type="checkbox"/>

11. ¿En su hogar se utiliza productos reciclados tales como: papel, plástico, cartón, etc.?

SI.....

	1
--	---

 NO.....

	2
--	---

SECCIÓN 10: BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES JEFE DE HOGAR O CÓNYUGE

12. ¿En su hogar en los últimos 12 meses se ha utilizado fertilizantes?

SI..... NO..... → Pase a 14

↓

TIPO

	SI	NO
1. Fertilizantes orgánicos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Fertilizantes inorgánicos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. ¿En su hogar quién aplica los fertilizantes:

	SI	NO
1. Persona del hogar?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Persona encargada de una empresa de mantenimiento?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Otra persona?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. ¿En su hogar cuál fue el consumo de agua en m3 en la última planilla de agua recibida?

m3

1. No tiene acceso a agua potable	<input type="text"/>	→ Pase a la 18
2. No sabe	<input type="text"/>	

15. ¿En su hogar tiene grifos (llave de agua) que goteen?

SI..... NO.....

↓

¿Cuántos? →

16. En su hogar se realiza alguna práctica de ahorro de agua potable?

SI..... NO..... → Pase a 18

↓

¿Cuál?

	SI	NO
1. Mantenimiento de tuberías?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Arreglo de grifos que gotean?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Otro, especifique?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

17. ¿Su hogar con qué frecuencia realiza el mantenimiento o revisión del sistema de agua potable de su casa para evitar fugas:

1. Muy frecuentemente?.....	<input type="text"/>
2. Frecuentemente?.....	<input type="text"/>
3. Alguna vez?.....	<input type="text"/>
4. Nunca?.....	<input type="text"/>

18. ¿En su hogar cuenta con un espacio verde?

SI..... NO..... → Pase a 19

↓

¿Cuántas veces a la semana lo riega?

→ Pase a 20

19. ¿Tiene acceso a algún espacio verde cercano?

SI..... NO.....

20. ¿En su hogar cuál fue el consumo de luz en kw/h de su última planilla de luz recibida?

Kw/h

1. No tiene acceso a luz eléctrica	<input type="text"/>	→ Pase a la 22
2. No sabe	<input type="text"/>	

21. En su hogar se realiza alguna práctica de ahorro de Energía eléctrica?

SI..... NO.....

↓

¿Cuál?

	SI	NO
1. Usa focos ahorradores?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Enciende las luces necesarias?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Desconecta los aparatos eléctricos después de usarlos?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otra, especifique?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. ¿En su hogar cuál es la fuente principal de energía:

1. Electricidad?.....	<input type="text"/>
2. Gas?.....	<input type="text"/>
3. Energía solar?.....	<input type="text"/>

23. Cuántos tanques de gas consume al mes?

24. ¿Su hogar utiliza focos ahorradores?

SI..... NO..... → Pase a 26

↓

¿Cuántos?

25. ¿Por qué utiliza focos ahorradores:

	SI	NO
1. Conciencia ambiental?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ahorro en el pago de energía eléctrica?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Le entregó el gobierno?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. ¿En su hogar tiene aire acondicionado?

SI..... NO.....

↓

TIPO

	SI	NO
1. Un sistema central de aire?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Una unidad independiente?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27. ¿En su hogar hay vehículos (automóvil, camionetas, furgonetas)?

SI..... NO.....

↓

¿Cuántos?

28. ¿De los días que no utiliza su vehículo, que medio de transporte utiliza para movilizarse:

	SI	NO
1. Vehículo particular de otra persona?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Transporte Público?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Bicicleta?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otro, especifique?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>