

CONFIDENCIALIDAD:
LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

1

FORMULARIO DEL HOGAR

Formulario de

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur <input style="width: 20px;" type="text"/>	8. No. de vivienda según muestra: <input style="width: 20px;" type="text"/>
2. Área: 1. Urbana 2. Rural <input style="width: 20px;" type="text"/>	9. No. de Vivienda Original en el sector: <input style="width: 20px;" type="text"/>
3. Provincia: <input style="width: 20px;" type="text"/>	10. Total de Hogares: <input style="width: 20px;" type="text"/>
4. Cantón: <input style="width: 20px;" type="text"/>	11. No. de Hogar: <input style="width: 20px;" type="text"/>
5. Cabecera Cantonal o Parroquial: <input style="width: 20px;" type="text"/>	12. No. de Edificio: <input style="width: 20px;" type="text"/>
6. Zona: <input style="width: 20px;" type="text"/>	13. Manzana: <input style="width: 20px;" type="text"/>
7. Sector: <input style="width: 20px;" type="text"/>	14. Período <input style="width: 20px;" type="text"/>

15. ¿La vivienda fue efectiva en vivienda original?

SI 1 → CONTINÚE CON EL ÍTEM 2

NO 2

16. ¿La vivienda fue efectiva en vivienda de reemplazo?

SI 1 → ¿Número de la vivienda que reemplaza? →

NO 2

2. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Calle o Localidad:		
Lote No.	Bloque No.	Patio No.
Piso No.	Casa No.	Depart. No.
Teléfono convencional No.		Teléfono celular No.

3. SEGUIMIENTO DE VISITAS

Visita No.	Fecha Entrevista	Hora inicio entrevista	Hora fin entrevista
1			
2			
3			
4			

4. GEOREFERENCIACIÓN

Latitud: ' " 1.N 2.S

Longitud: ' " 3.E 4.W

Altitud: **msnm**

5. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Resultado de la Entrevista			
1. COMPLETA		6. VIVIENDA EN CONSTRUCCIÓN	
2. RECHAZO		7. VIVIENDA INHABITABLE O DESTRUÍDA	
3. NADIE EN CASA		8. VIVIENDA CONVERTIDA EN NEGOCIO	
4. VIVIENDA TEMPORAL		9. OTRA RAZÓN, CUÁL? _____	
5. VIVIENDA DESOCUPADA			

6. DATOS DEL/LA INFORMANTE

Nombre del/la Informante Calificado/a: _____ COD. PER.

Relación de parentesco con el jefe/a del hogar: _____ COD.

7. PERSONAL RESPONSABLE

COORDINADOR (A) REGIONAL: _____	SUPERVISOR (A): _____ COD. <input style="width: 20px;" type="text"/>
ENCUESTADOR/A: _____ COD. <input style="width: 20px;" type="text"/>	CRÍTICO/CODIFICADOR (A): _____ COD. <input style="width: 20px;" type="text"/>
DIGITADOR/A: _____	COD. <input style="width: 20px;" type="text"/>

8. INDICADOR DE SUPERVISIÓN

LA SUPERVISIÓN DE EQUIPO/REGIONAL/NACIONAL FUE:

SI...1 NO...2

	Equipo	Regional	Nacional
1. OBSERVACIÓN/ ACOMPAÑAMIENTO DE LA ENCUESTA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. REENTREVISTA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. REVISIÓN DEL CUESTIONARIO(S).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL SUPERVISOR EQUIPO/REGIONAL/NACIONAL _____

FIRMA _____

9. FECHA DE LA ENCUESTA

DIA MES AÑO 2012

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ y trabajo en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC y en conjunto con el Ministerio de Salud Pública; estamos visitando los hogares a nivel Nacional para platicar sobre su salud, educación, vivienda y algunos temas relacionados con estos aspectos. La información que nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales, de educación y de salud de todo el país.

SECCIÓN I: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DE LA VIVIENDA																																										
<p>1.- VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA (Registre por observación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calle o carretera adoquinada, pavimentada o de concreto <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Calle o carretera empedrada <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Calle o carretera lastrado o de tierra <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Camino, sendero, chaquiñán <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Río / mar / lago <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otra, cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6		<p>4.- ¿El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormigón? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Ladrillo o bloque? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Adobe o tapia? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Madera? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Caña revestida o bahareque? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Caña no revestida? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otro, cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6		7		<p>8.- ¿El servicio higiénico o escusado de la vivienda es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conectado a red pública de alcantarillado? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Conectado a pozo séptico? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Conectado a pozo ciego? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Letrina? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - No tiene? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6			
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
<p>2.- TIPO DE LA VIVIENDA (Registre por observación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casa / Villa <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Departamento en casa o edificio <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Cuarto (s) en casa de inquilinato <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Mediagua <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Rancho <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Covacha <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Choza <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otra, cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6		7		8		<p>5.- ¿El material predominante del piso de la vivienda es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duela, parquet, tablón o piso flotante? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Tabla sin tratar? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Cerámica, baldosa, vinil o mármol? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Ladrillo o cemento? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Caña? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Tierra? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otro, cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6		7		<p>9.- ¿El servicio de luz (energía) eléctrica de la vivienda proviene principalmente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Red de empresa eléctrica de servicio público? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Panel solar? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Generador de luz (Planta eléctrica)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - No tiene? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otro , cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5	
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										
8																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
<p>3.- ¿El material predominante del techo o cubierta de la vivienda es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormigón (losa, cemento)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Asbesto (eternit, eurolit)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Zinc? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Teja? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Palma, paja u hoja? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otro, cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6		<p>6.- ¿De dónde proviene principalmente el agua que recibe la vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De red pública? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - De pozo? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - De río, vertiente, acequia o canal?..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - De carro repartidor? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Otro (Agua lluvia/Albarrada)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		<p>10.- Principalmente, ¿cómo elimina la basura de la vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por carro recolector? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - La arrojan en terreno baldío o quebrada? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - La queman?..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - La entierran? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - La arrojan a río, acequia o canal? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - De otra forma, cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		5		6							
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
<p>7.- ¿El agua que recibe la vivienda es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por tubería dentro de la vivienda? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - Por tubería fuera del edificio, lote o terreno? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> - No recibe agua por tubería sino por otros medios? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 	1		2		3		4		<p>11.- Sin contar la cocina, el baño y cuartos de negocio, ¿cuántos cuartos tiene la vivienda, incluyendo sala y comedor?</p> <p style="text-align: right;">Número de cuartos <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table></p>																																	
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										

SECCIÓN I: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DEL HOGAR																																																																																																																															
12.- Del total de cuartos de este hogar, ¿cuántos son exclusivos para dormir? Número de dormitorios? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	16.- ¿El servicio higiénico o escusado que dispone el hogar es: - De uso exclusivo del hogar?..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Compartido con varios hogares?..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - No tiene..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	20.- ¿Tiene (...BIEN...) los miembros de este hogar: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">BIENES DEL HOGAR</th> <th style="text-align: center;">SI TIENE</th> <th style="text-align: center;">NO TIENE</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>TV a color?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>TV Plasma/LCD/LED?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>Televisión 3D?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>DVD, VCD?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>Blue Ray</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>Cocina a gas con horno?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>Cocineta?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>Lavavajillas?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>Microondas?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>Refrigeradora?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>Lavadora?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>Secadora de ropa?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>Ducha eléctrica?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>Calefón?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>Termostato?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td>Ventilador?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>Aire acondicionado/Calefacción?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>Split?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td>Aire acondicionado centralizado?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td>Equipo de sonido y/o mini componente?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td>Computadora de escritorio?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td>Computador portátil?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td>Netbook/Notebook?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td>Aspiradora con sistema de purificación?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td>Aspiradora normal?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>26</td><td>Play Station 2/Nintendo Wii?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td>Play Station 3/Xbox 360?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>28</td><td>Vehículos para el uso exclusivo del hogar?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>29</td><td>Vehículos para el NEGOCIO?</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		BIENES DEL HOGAR		SI TIENE	NO TIENE			1	2	1	TV a color?			2	TV Plasma/LCD/LED?			3	Televisión 3D?			4	DVD, VCD?			5	Blue Ray			6	Cocina a gas con horno?			7	Cocineta?			8	Lavavajillas?			9	Microondas?			10	Refrigeradora?			11	Lavadora?			12	Secadora de ropa?			13	Ducha eléctrica?			14	Calefón?			15	Termostato?			16	Ventilador?			17	Aire acondicionado/Calefacción?			18	Split?			19	Aire acondicionado centralizado?			20	Equipo de sonido y/o mini componente?			21	Computadora de escritorio?			22	Computador portátil?			23	Netbook/Notebook?			24	Aspiradora con sistema de purificación?			25	Aspiradora normal?			26	Play Station 2/Nintendo Wii?			27	Play Station 3/Xbox 360?			28	Vehículos para el uso exclusivo del hogar?			29	Vehículos para el NEGOCIO?		
BIENES DEL HOGAR		SI TIENE	NO TIENE																																																																																																																												
		1	2																																																																																																																												
1	TV a color?																																																																																																																														
2	TV Plasma/LCD/LED?																																																																																																																														
3	Televisión 3D?																																																																																																																														
4	DVD, VCD?																																																																																																																														
5	Blue Ray																																																																																																																														
6	Cocina a gas con horno?																																																																																																																														
7	Cocineta?																																																																																																																														
8	Lavavajillas?																																																																																																																														
9	Microondas?																																																																																																																														
10	Refrigeradora?																																																																																																																														
11	Lavadora?																																																																																																																														
12	Secadora de ropa?																																																																																																																														
13	Ducha eléctrica?																																																																																																																														
14	Calefón?																																																																																																																														
15	Termostato?																																																																																																																														
16	Ventilador?																																																																																																																														
17	Aire acondicionado/Calefacción?																																																																																																																														
18	Split?																																																																																																																														
19	Aire acondicionado centralizado?																																																																																																																														
20	Equipo de sonido y/o mini componente?																																																																																																																														
21	Computadora de escritorio?																																																																																																																														
22	Computador portátil?																																																																																																																														
23	Netbook/Notebook?																																																																																																																														
24	Aspiradora con sistema de purificación?																																																																																																																														
25	Aspiradora normal?																																																																																																																														
26	Play Station 2/Nintendo Wii?																																																																																																																														
27	Play Station 3/Xbox 360?																																																																																																																														
28	Vehículos para el uso exclusivo del hogar?																																																																																																																														
29	Vehículos para el NEGOCIO?																																																																																																																														
13.- ¿Tiene este hogar cuarto o espacio exclusivo para cocinar? - Si <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - No <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	17.- ¿Dispone este hogar de servicio de teléfono convencional? - Si <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - No <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																																																														
14.- Principalmente, ¿el agua que toman los miembros del hogar: - La beben tal como llega al hogar? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - La hierven? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Le ponen cloro?..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - La filtran? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Compran agua purificada? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	18.- ¿Algún miembro de este hogar dispone de servicio de teléfono celular? - Si <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - No <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																																																														
15.- ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza este hogar para cocinar: - Gas (tanque o cilindro)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Gas centralizado? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Electricidad? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Leña, carbón? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Residuos vegetales y/o de animales? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - No cocina? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Otro (Ej. Gasolina, Keréx o diesel etc.), cuál (especifique)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	19.- ¿La vivienda que ocupa este hogar es: - Propia y totalmente pagada? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Propia y la está pagando? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Propia? (regalada, donada, heredada o por posesión) <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Prestada o cedida (no paga)? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Por servicios? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Arrendada? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> - Anticresis? <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																																																														

SECCIÓN II: MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Encuestador(a): Estas preguntas se refieren a aquellas personas que fueron miembros del hogar y que viven en otro país.

ENTREVISTA AL JEFE/A DEL HOGAR O A LA PERSONA DE 18 AÑOS O MÁS DE EDAD QUE CONOZCA SOBRE EL TEMA

EMIGRANTE		PARENTESCO		REMESAS			UTILIZACIÓN DE LAS REMESAS		OBSERVACIONES					
<p>¿A partir del 2007 una o más personas que fueron miembros de este hogar han salido a vivir fuera del país y todavía no regresan para quedarse definitivamente?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <p>Sí ... 1 → Cuántos? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>No..... 2</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a Sección III</p> </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p>¿Cuál es el nombre y apellido?</p> </div>		<p>¿Qué parentesco o relación tiene (...) con el/la jefe/a del hogar?</p> <p>Cónyuge o conviviente 1</p> <p>Hijo o hija 2</p> <p>Yerno o nuera 3</p> <p>Padres o suegros 4</p> <p>Nieto o nieta 5</p> <p>Otro pariente 6</p> <p>Otro no pariente 7</p>		<p>¿Cuánto dinero envía (...) con qué frecuencia y cuántas veces envió durante los últimos 12 meses?</p> <p>Mensual 1</p> <p>Trimestral 2</p> <p>Semestral 3</p> <p>Anual 4</p> <p>Ocasional 5</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0ffff; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>NO ENVÍA = "00"</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #ffe0ff; padding: 2px; margin-top: 2px; text-align: center;"> <p>Continúe con la siguiente persona</p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr style="background-color: #ffe0ff;"> <th style="width: 33%;">MONTO</th> <th style="width: 16%;">FREC.</th> <th style="width: 16%;">VECES</th> </tr> </table>			MONTO	FREC.	VECES	<p>¿En qué utilizan principalmente el dinero que le envía (...)?</p> <p style="text-align: center;">(Marque las dos principales)</p> <p>Pagar deudas 1</p> <p>Gasto diario (comida, ropa, etc.) 2</p> <p>Comprar, construir o reparar la casa 3</p> <p>Comprar terrenos 4</p> <p>Educación y salud 5</p> <p>Depósito en el Banco 6</p> <p>Otro, Cuál? _____ 7</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr style="background-color: #ffe0ff;"> <th style="width: 50%;">Alt. 1</th> <th style="width: 50%;">Alt. 2</th> </tr> </table>		Alt. 1	Alt. 2	
MONTO	FREC.	VECES												
Alt. 1	Alt. 2													
No. PER	1	2	3			4								
01														
02														
03														
04														
05														
06														

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR														
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS														
PARENTESCO		NÚCLEO FAMILIAR				LUGAR DE NACIMIENTO					RESIDENCIA ACTUAL			
¿Qué parentesco o relación tiene (...) con el/la jefe/a del hogar? Jefe o jefa del hogar 1 Cónyuge o conviviente 2 Hijo o hija 3 Yerno o nuera 4 Padres o suegros 5 Nieto o nieta 6 Otro pariente 7 Otro no pariente 8 Empleada(o) Doméstica(o) (Puertas adentro)9		¿El padre de (...) vive en este Hogar? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">No 2</div>		¿La madre de (...) vive en este Hogar? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">No 2</div>		¿Dónde nació (...) <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">En esta ciudad o parroquia rural?</div> <div style="margin: 0 10px;">1</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">En otro lugar del país?</div> <div style="margin: 0 10px;">2</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">En otro país?.....</div> <div style="margin: 0 10px;">3</div> </div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">Registre: Provincia, cantón y parroquia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA</div> </div>							¿Siempre vivió (...) en este lugar/ciudad? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Lugar/ciudad dónde se está realizando la encuesta</div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">Pregunta 12</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">No 2</div> </div>	
COD. PER.	6	COD.	COD. PER.	COD.	COD. PER.	COD	PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD O PARROQUIA RURAL	USO INEC	COD	¿Cuántos años vive en este lugar/ciudad?	COD PER	
COD PER	6	7	8	9					COD	10	COD PER			
01													01	
02													02	
03													03	
04													04	
05													05	
06													06	
07													07	
08													08	
09													09	
10													10	
11													11	
12													12	

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS

RESIDENCIA ANTERIOR												IDIOMA Y AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						ESTADO CIVIL O CONYUGAL							
¿Dónde vivió (...) antes de venir a este lugar? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> <p>En otro lugar del país... 1 →</p> <p>En otro país..... 2 →</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #ffc0cb;">Registre: Provincia, cantón y parroquia</p> <p style="text-align: center; background-color: #ffc0cb;">Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA</p> </div> </div>												¿Qué idioma(s) ó lengua(s) habla (...)? ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA Indígena, Cuál? _____ 1 (LENGUAS: Achuar, Andoa, Awapit, A'ingae, Cha'palaa, Zia pedee, Kichwa, Paicoca, Shuar, Tsá'fiqui, Shiwiar, Waotededo, Sapara) Castellano / español? 2 Extranjero? 3 No habla? 4						¿Cómo se identifica (...) según su cultura y costumbres: Indígena?..... 1 Afroecuatoriano/a Afrodescendiente?... 2 Negro/a?..... 3 Mulato/a?..... 4 Montubio/a?..... 5 Mestizo/a?..... 6 Blanco/a?..... 7 Otro/a, cuál? (Especifique) _____ 8						¿Actualmente (...) está: Personas de 12 años y más de edad Casado(a)?..... 1 Unido(a)?..... 2 Separado(a)?.... 3 Divorciado(a)?... 4 Viudo(a)?..... 5 Soltero(a)? 6	
COD	PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD O PARROQUIA RURAL	USO INEC	Alt. 1	Alt. 2	USO INEC	MENOR DE 5 AÑOS Pase a Sección V																	
COD PER	11				COD	12			COD	13		14	COD PER												
01													01												
02													02												
03													03												
04													04												
05													05												
06													06												
07													07												
08													08												
09													09												
10													10												
11													11												
12													12												

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES: PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR									
B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES: PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD									
Sabe leer y escribir (...)?	¿Asiste (...) a clases?	¿Cuál fue la causa principal por la que (...) no estudió o dejó de estudiar?	¿El establecimiento de enseñanza regular al que asiste (...) es:	¿Cuál es o fue el último nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó (...)?	Sólo para las personas que culminaron sus estudios universitarios				
Si1 No2	Si1 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a Preg. 18</div> No2	Logró su meta educativa .. 1 Salió embarazada 2 Problemas familiares 3 Problemas económicos 4 Problemas del centro de educación 5 Tenía que trabajar 6 Muy lejos 7 Por bajo rendimiento 8 Cambio de domicilio 9 Otra, Cuál? 10	Fiscal (Estado)? ..1 Particular/ (Privado)?.....2 Fiscomisional? ...3 Municipal?4	Ninguno..... 1 Centro de alfabetización/ EBA)..... 2 Preescolar..... 3 Primario..... 4 Secundario..... 5 Educación Básica..... 6 Bachillerato - Educación Media..... 7 Ciclo Postbachillerato 8 Superior..... 9 Postgrado..... 10	¿Por los estudios realizados (...) obtuvo algún título superior? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">No 2</div> </div>				
				NIVEL DE INSTRUCCIÓN	GRADO, CURSO O AÑO	COD	¿Qué título obtuvo?	USO INEC	
COD PER	15	16	17	18	19	20	COD	COD PER	
01								01	
02								02	
03								03	
04								04	
05								05	
06								06	
07								07	
08								08	
09								09	
10								10	
11								11	
12								12	

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS (Para las personas de 5 años y más de edad)

OCUPACIÓN		RAMA DE ACTIVIDAD		GRUPO OCUPACIONAL	
<p>¿Qué hizo (...) la semana pasada:</p> <p>Trabajó al menos una hora? 1</p> <p>No trabajó pero Si tiene trabajo? 2</p> <p>Al menos una hora fabricó algún producto o brindó algún servicio? 3</p> <p>Al menos una hora ayudó en algún negocio o trabajo de algún familiar? 4</p> <p>Al menos una hora realizó labores agrícolas o cuidó animales? 5</p> <p>Es cesante: Buscó trabajo habiendo trabajado antes y está disponible para trabajar? 6</p> <p>No trabaja? 7</p>	<p>¿Si no ha trabajado (...):</p> <p>Buscó trabajo por primera vez y está disponible para trabajar? 1</p> <p>Es rentista? 2</p> <p>Es jubilado o pensionista? .. 3</p> <p>Es estudiante? 4</p> <p>Realiza quehaceres del hogar? 5</p> <p>Le impide su discapacidad? 6</p> <p>Otro, Cuál? _____ 7</p>	<p>El negocio o empresa en la que (...) trabaja o trabajó, ¿a qué se dedica o hace?</p>	<p>¿Qué hace o qué es (...) en donde trabaja o trabajó?</p>		
<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffccff; padding: 5px; display: inline-block;">Pase a Preg. 3</div>		<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffccff; padding: 5px; display: inline-block;">RAMA DE ACTIVIDAD</div> Describa las actividades que realiza la empresa; que produce, elabora, que comercializa o que servicios presta		<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffccff; padding: 5px; display: inline-block;">GRUPO DE OCUPACIÓN</div> Describa las actividades tareas labores u oficios que realizan las personas en sus trabajos	
		USO INEC			USO INEC

COD PER	1	2	3	COD	4	COD	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS (Para las personas de 5 años y más de edad)

CATEGORÍA DE OCUPACIÓN		HORAS TRABAJADAS	LUGAR DE TRABAJO	INGRESO BRUTO	OBSERVACIONES
¿En el lugar indicado (...) trabaja o trabajó como: Empleado/a u obrero del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial?..... 1 Empleado/a u obrero/a privado/a?..... 2 Jornalero/a Peón?..... 3 Patrono/a?..... 4 Socio/a?..... 5 Cuenta propia?..... 6 Trabajador/a no remunerado/a?..... 7 Empleado/a Doméstico/a?..... 8		¿Cuántas horas trabajó (...) la semana pasada o la última semana que trabajó?	¿El trabajo que realiza o realizó (...) es o fue: Dentro del hogar?..... 1 Fuera del hogar? 2	¿Indique el Ingreso Bruto que recibió (...) el mes pasado como remuneración en el lugar indicado donde trabaja o trabajó? <div style="border: 1px solid black; background-color: #ffc0cb; padding: 5px; text-align: center;"> Si NO recibe/recibió REGISTRE 00 </div>	
Cesantes pase a Sección V		No. de horas			
COD PER	5	6	7	8	COD PER
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

SECCIÓN V: ACCESO A SEGURO DE SALUD – TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

SEGURO GENERAL DEL IESS Y SEGURO CAMPESINO

(...) Aporta, es afiliado o cubierto al: IESS Seguro General?..... 1 IESS Seguro voluntario?..... 2 IESS Seguro campesino? ... 3 <div style="background-color: #FFC0CB; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 3</div> No es afiliado, ni cubierto y no aporta?..... 4	¿Cuál es la razón principal por la que (...) no está afiliado o cubierto: El patrono no le afilia? 1 No tiene edad? 2 No trabaja? 3 El costo de la afiliación es alto? 4 El servicio que brinda es malo? 5 Los centros de atención quedan lejos? 6 Los padres no son afiliados? 7 No le interesa? 8 Otro, Cuál? 9	(...) Utiliza los servicios de salud del Seguro Social al cual aporta, está afiliado o cubierto?: Si, con frecuencia?.. 1 Si, rara vez?..... 2 No utiliza?..... 3 <div style="background-color: #FFC0CB; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 5</div>	(...) para que tipo de servicio de salud acude principalmente al Seguro Social que usted está afiliado o cubierto? Consulta externa 1 Emergencia 2 Control del embarazo 3 Atención del parto 4 Hospitalización 5 Laboratorio 6 Rehabilitación 7 Imagenología 8 Medicamentos 9 Otro, cuál? 10	(...) por qué razón no utiliza los servicios de salud del Seguro Social: Mal servicio? 1 Falta de medicamentos? . 2 Centro de atención lejos? 3 Dificultad de obtener turnos? 4 No tiene tiempo? 5 No puede dejar de trabajar? 6 Otra, Cuál?..... 7	(...) Cuánto paga/aporta al mes por el Seguro Social? <div style="background-color: #FFC0CB; padding: 2px; text-align: center;">No paga = 00</div> <div style="background-color: #FFC0CB; padding: 2px; text-align: center;">DÓLARES</div>
---	--	---	--	--	--

COD PER	1	2	3	4	5	6	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN V: ACCESO A SEGURO DE SALUD – TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

OTROS SEGUROS DE SALUD					OBSERVACIONES	
(...) tiene algún otro tipo de seguro de salud como:					(...) Cuál es la razón principal por la que (...) tiene este seguro de salud?	
Privado ?.....	1	La empresa donde trabaja contrato este seguro	1	NO PAGA = 00		
ISSFA?.....	2	Calidad de servicio	2			
ISSPOL?.....	3	Precios bajos	3			
Municipal?.....	4	Facilidad de acceso al servicio	4			
Otro, cuál?.....	5	Seguro Social malo	5			
No tiene?.....	6	Está enfermo	6			
Pase a Sección VI						
		Reduce el riesgo de pagos altos por salud	7			
		Le da seguridad	8			
		Otro, cuál?	9			
	ALT 1	ALT 2	ALT 1	ALT 2	DÓLARES	
COD PER	7		8		9	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

ENFERMEDADES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FRACTURAS, HERIDAS, GOLPES

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, artritis otros tipos de cancer.

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

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

ENFERMEDADES TRADICIONALES: mal de ojo, mal aire, espanto

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

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

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS	PROBLEMAS DE SALUD	ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD		
Para tratar sus problemas de salud, usted acude principalmente a la: MEDICINA GENERAL (CONVENCIONAL)?.....1 MEDICINA ALTERNATIVA Homeopatía?.....2 Acupuntura?.....3 Fitoterapia?.....4 MEDICINA ANCESTRAL? (curanderos/shaman/partera/limpiador)..... 5 Otro, Cuál?..... 6 Especificar	(...) en los últimos 30 días (de..a..) tuvo alguna enfermedad aunque haya sido pasajera (incluido gripe, diarrea, etc.) enfermedad crónica (gastritis, presión alta, diabetes, asma, etc.) malestar (incluido dolor de muela, cólico menstrual), accidente (incluye complicación de embarazo), problemas de depresión, estrés, en general algún problema de salud (incluye mal aire, espanto, mal de ojos)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Excluye control del embarazo, atención del parto y control posparto </div> Si 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Pase a Preg. 40 </div>	¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave que tuvo (...) en los últimos 30 días? 1-Problemas respiratorios 2-Problemas cardiovasculares 3-Problemas digestivos o vómito 4-Problemas de la piel 5-Problemas de los ojos 6-Problema neuro musculares 7-Problemas dentales 8-Problemas del embarazo	9-Problemas psicológicos 10-Problemas óseos 11-Fracturas, heridas, golpes 12-Enfermedades crónicas 13-Enfermedades de la mujer 14-Enfermedades del hombre 15-Enfermedades tradicionales 16-Otro, Cuál?..... Especificar	¿Hace cuánto tiempo ocurrió el (la) ... (problema de salud) por primera vez? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;"> UNIDAD TIEMPO </div> Días 1 Semanas 2 Meses 3 Años 4 No sabe 88 No responde 99 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;"> MENOS DE UN DIA = 00 </div>
				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">TIEMPO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">U.T</div>

COD PER	1	2	3	4	COD PER
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD

En los últimos 30 días (...) ¿cuántos días o semanas ha estado con el (la)...(problemas de salud)?	(...) qué hizo como primera acción para solucionar el (la)...(problema de salud)... :	¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el (la)... (problema de salud)?	(...) a dónde acudió o quién le atendió por el (la)...(problema de salud)?		
	Visitó un hospital, Dispensario centro o subcentro de salud; consultó a un médico, curandero, etc.?..... 1 <div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 2px;">Pase a Preg. 8</div> Obtuvo atención en su casa por un médico, enfermera, curandero, etc. ?..... 2 <div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 2px;">Pase a Preg. 20</div> Se automedico?..... 3 <div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 2px;">Pase a Preg. 23</div> Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 4 <div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 2px;">Pase a Preg. 29</div> No hizo nada ?..... 5	Enfermedad o accidente leve 1 No tuvo tiempo 2 El centro de atención queda lejos 3 Muy caro 4 Atención de mala calidad 5 Falta de dinero 6 No pudo dejar la casa o a los niños..... 7 Conoce la enfermedad 8 No puede dejar de trabajar 9 Otra, cual? 10 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especificar</div>	Hospital MSP 1 Centro de Salud MSP 2 Subcentro de Salud MSP 3 Puesto de Salud MSP 4 Hospital / Clínica IESS 5 Dispensario IESS 6 Hospital FFAA / Policía 7 Hospital / Clínica Privada 8 Junta de Beneficencia 9 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 10 Fundación / ONG 11 Farmacia 12 Consultorio Médico/dental/homeópata 13 Centro Naturista/acupuntura 14 Curandero/Partera/sobador 15 Otro, Cuál ? 16 <div style="text-align: center; font-size: x-small;">ESPECIFIQUE</div>		
MENOS DE UN DIA = 00		Pase a Preg. 40	Pase a Preg. 10		
DÍAS	SEMANAS				
COD PER	5	6	7	8	COD PER
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

¿Dónde queda el establecimiento de salud (hospital, centro subcentro, puesto de salud público, dispensario u Hospital del IESS, hospital FFAA y Policía)?	¿Cuál fue el motivo principal por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud): Está cerca? 1 Precios bajos? 2 Buena calidad? 3 Tiene seguro? 4 Sugerido por otras personas/profesional? 5 Es gratis? 6 Convenio en el IESS? 7 No hay otro establecimiento? 8 Otra, Cuál? _____ 9 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especificar</div>	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al.... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?	En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al ..(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir el gasto de ida y regreso) <div style="text-align: center;"> (Incluidos lo pagado por otras personas) <div style="border: 1px solid black; background-color: #fce4ec; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> No Gasto = 00 </div> </div>
Provincia	Cantón	Cabecera Cantonal o Parroquia Rural	Uso INEC
		DÍAS	HORAS
		MINUTOS	DÓLARES

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

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

Una vez que (...) llegó al ... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan? <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> NO INCLUYE ATENCIÓN DE RECEPCIONISTA Y TURNOS DE ESPERA </div>	Cuando (...) llegó al ... (establecimiento o proveedor de salud).. ¿quién le atendió por su problema de salud: Médico?..... 1 Dentista?..... 2 Enfermera?..... 3 Auxiliar de enfermería?..... 4 Farmacéutico?..... 5 Curandero/Partera/Sobador?..... 6 Otra, Cuál?..... 7 Especificar _____	(...) qué atención o servicios de salud recibió en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)? Emergencia 1 Consulta externa 2 Consulta de especialidades 3 Medicina integral/general 4 Laboratorio clínico 5 Imagenología 6 Rehabilitación 7 Medicamentos 8 Curaciones (curación ancestral) 9 Hospital del día (en observación) 10 Otra, cuál?..... 11	¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... : <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 2px; font-size: small;"> (Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y/o especie) </div> Pagó todo? 1 Pagó una parte y el resto gratis? 2 Pagó y recuperó del seguro? 3 Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)? 4 No pagó/gratis? 5 No pagó es afiliado/cubierto? 6										
DÍAS	HORAS	MINUTOS	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	FORMA DE PAGO	CUANTO PAGÓ?						
						CODIGO	PERSONA	SEGURO/OTRO					
							DÓLARES	DÓLARES					
COD PER	13			14			15			16			COD PER
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD											ATENCIÓN EN CASA				AUTOMEDICACIÓN					
(...) compró medicamentos fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? Si 1 No 2			(...) tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? Si 1 No 2			(...) realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? Si 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Pase a Preg. 26</div>			¿Quién le atendió (...) la última vez, por su problema de salud en la casa: Médico?..... 1 Enfermera?..... 2 Auxiliar de enfermería?..... 3 Farmacéutico?..... 4 Curandero/Partera/Sobador?..... 5 Otra, Cuál?..... 6 <small style="margin-left: 40px;">Especificar</small>			¿Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la última vez? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">No Pagó = 00</div>			(.....) compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios? Si 1 No 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Pase a Preg. .26</div>			¿Por medio de quién o de dónde obtuvo la información acerca de estos medicamentos(...)? Farmacéutico 1 Internet 2 Radio o televisión 3 Conocido (no profesional de la salud) ... 4 Usted sabía 5 Otra, cual?..... 6		
COD PER	17	18	19	20	21	22	23	COD PER												
	COD	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	COD	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	COD	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	COD	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES												
01								01												
02								02												
03								03												
04								04												
05								05												
06								06												
07								07												
08								08												
09								09												
10								10												
11								11												
12								12												

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

AUTOMEDICACIÓN		RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD			
¿Dónde obtuvo las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse: Farmacia?..... 1 Mercado?..... 2 Tienda?..... 3 Familiar/amigo?..... 4 Lo tenía en casa?..... 5 Huerto?..... 6 Otra, Cuál?..... 7 <small style="margin-left: 40px;">Especificar</small>	¿Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse? <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f4a460; width: fit-content; margin: 0 auto;">NO PAGÓ = 00</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d9e1f2; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Enfermedad Crónica (hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, otras) Pase a Preg. .49 </div> <div style="text-align: center; background-color: #f4a460; padding: 5px;">VALOR EN DÓLARES</div>	¿Con la primera acción que (.....) hizo, se resolvió o se curó del [la] (problema de salud) ? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Si 1</div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #f4a460; width: fit-content; margin: 0 auto;">Pase a Preg. 49</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">No 2</div>	¿Qué otra acción hizo: Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?.. 1 Visitó otro establecimiento o proveedor de salud? 2 Obtuvo atención en la casa de un médico, enfermera curandero?..... 3 Se automedicó?..... 4 Siguió el tratamiento del médico?..... 5 Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 6 No hizo nada?..... 7 Otra, Cuál?..... 8 <small style="margin-left: 40px;">Especificar</small>		
COD PER	24	25	26	27	COD PER
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

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

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS		PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS																			
RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD																					
¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el [a](problema de salud)?	(...) dónde estuvo hospitalizado?	¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?			¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización:																
Enfermedad o accidente leve 1 No tuvo tiempo 2 El centro de atención queda lejos 3 Muy caro 4 Atención de mala calidad 5 Falta de dinero 6 No pudo dejar la casa o a los niños 7 Conocer la enfermedad 8 No puedo dejar de trabajar 9 Otra, Cuál? _____ 10 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especificar</div>	Hospital MSP 1 Hospital / Clínica IESS 2 Hospital FFAA / Policía 3 Hospital / Clínica Privada 4 Junta de Beneficencia 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6 Fundación / ONG 7 Otra, Cuál? _____ 8	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small; margin-bottom: 5px;"> (Incluya los medicamentos y exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías, etc., comprados o efectuados dentro del establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie) </div> Pagó todo?..... 1 Pagó una parte y el resto gratis?..... 2 Pagó y recuperó del seguro?..... 3 <div style="text-align: center; background-color: #fce4ec; padding: 2px;">Pase a Preg. 33</div> Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?.. 4 No pagó/gratis?..... 5 No pagó es afiliado/cubierto? 6 <div style="text-align: center; background-color: #fce4ec; padding: 2px;">Pase a Preg. 33</div>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">FORMA DE PAGO (COD)</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">CUANTO PAGÓ?</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">PERSONA DÓLARES</th> <th style="text-align: center;">SEGURO/OTRO DÓLARES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">DÍAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HORAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MINUTOS</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FORMA DE PAGO (COD)	CUANTO PAGÓ?		PERSONA DÓLARES	SEGURO/OTRO DÓLARES	DÍAS			HORAS			MINUTOS		
FORMA DE PAGO (COD)	CUANTO PAGÓ?																				
	PERSONA DÓLARES	SEGURO/OTRO DÓLARES																			
DÍAS																					
HORAS																					
MINUTOS																					
COD PER	28	29	30	31	31	31	COD PER														
01							01														
02							02														
03							03														
04							04														
05							05														
06							06														
07							07														
08							08														
09							09														
10							10														
11							11														
12							12														

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

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS						OTRAS ACCIONES				
¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización? Ahorros propios 1 Préstamo bancario 2 Préstamo familiar 3 Préstamo de amigos, conocidos 4 Tuvo que vender algo 5 Tarjeta de crédito 6 Otro, Cuál? 7	¿Cuando (...) estuvo hospitalizado, compró medicamentos fuera del... (establecimiento)? Si 1 No 2	¿Cuando (...) estuvo hospitalizado, se hizo exámenes de laboratorio fuera del ... (Establecimiento)? Si 1 No 2	¿Cuando (...) estuvo hospitalizado, se hizo radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc. fuera del... (establecimiento)...? Si 1 No 2	¿Finalmente se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) que tuvo durante los últimos 30 días? Si 1 Pase a Preg. 49 No 2	¿Qué otra acciones hizo: Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2 Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera, curandero, etc.?..... 3 Se automedicó?..... 4 Siguió el tratamiento médico?..... 5 Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?..... 6 No hizo nada?..... 7 Pase a Preg. 49 Otra, Cuál? 8 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especificar</div>					
COD PER	32	COD	CUÁNTO PAGÓ	COD	CUÁNTO PAGÓ	COD	CUÁNTO PAGÓ?	36	37	COD PER
		DÓLARES		DÓLARES		DÓLARES				
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

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

OTRAS ACCIONES		PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS									
¿Cuántas veces más (...) se trató por el/la ... (problema de salud) que tuvo durante los últimos 30 días?	¿Cuánto más gastó en total?	(...) en los últimos 30 días (de...a...), visitó algún establecimiento de salud, médico, dentista, psicólogo, curandero, etc.: para hacerse un chequeo general o parcial, o recibir algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano, medir la presión, control odontológico, examen de papanicolau, mamografía, consejería y consulta sobre Planificación Familiar, etc.?	(...) a dónde acudió para hacerse el chequeo o control de su salud:	¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)?	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?						
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; background-color: #fce4ec;">Excluye control del embarazo</div> Si..... 1 No..... 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; background-color: #fce4ec;">Pase a Preg. 49</div>	Hospital MSP? 01 Centro de Salud MSP? 02 Subcentro de Salud MSP? 03 Puesto de Salud MSP? 04 Hospital / Clínica IESS? 05 Dispensario IESS? 06 Hospital FFAA / Policía? 07 Hospital / Clínica Privada? 08 Junta de Beneficencia? 09 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud? 10 Fundación / ONG 11 Farmacia? 12 Consultorio Médico/dental/homeópata? 13 Centro Naturista/acupuntura? 14 Curandero/Partera/sobador? 15 Otro, Especificar? 16	Está cerca1 Precios bajos2 Buena calidad3 Tiene seguro4 Sugerido por otras personas/profesional5 Es gratis6 No hay otro Establecimiento7 Otra, Cuál? 8	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #fce4ec; width: fit-content; margin: 0 auto;">NO SE TRASLADÓ = 00</div>	# VECES	DÓLARES	DÍAS	HORAS	MINUTOS	COD PER
38	39	40	41	42	43						COD PER
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

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

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

PERDIDA DE INGRESOS O TRABAJO

En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (Incluir el gasto de ida y regreso) (Incluidos lo pagado por otras personas) No Gasto = 00	Una vez que (...) llegó al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetrix, odontólogo, laboratorista, psicólogo, profesional de salud)?	(...) ¿Qué atención o servicios de salud recibió? Vacunas 1 Control de crecimiento y desarrollo 2 Detección de desnutrición y niños en riesgo 3 Control general de salud 4 Consulta psicológica/psiquiátrica 5 Examen dental 6 Tratamiento odontológico 7 Laboratorio clínico 8 Examen papanicolau 9 Examen mamografía 10 Imagenología 11 Consulta planificación familiar 12 Método planificación 13 Otro, Cuál? 14	¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? <i>(Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y/o especie)</i> Pagó todo? 1 Pagó una parte y el resto gratis? 2 Pagó y recuperó del seguro? 3 Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)? 4 No pagó/gratis? 5 No pagó es afiliado/cubierto? 6	(...) Se realizó exámenes o efectuó otro gasto fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender? Si 1 No 2	¿Cuándo tuvo el (los) problema (s) de salud o se estuvo haciendo chequear (...) faltó o dejó de trabajar: Si 1 No 2 No trabaja 3 } Pase a Preg. 52 No estuvo enfermo, ni se hizo chequear en los últimos 30 días ... 4 Pase a Preg. 55	¿Cuántos días faltó (...)? Menos de 1 día = 00											
DÓLARES	HORAS	MINUTOS	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	FORMA DE PAGO (COD)	PERSONA DÓLARES	SEGURO/OTRO DÓLARES	COD.	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	DÍAS	COD PER					
44		45			46					47		48		49		50	COD PER
01																	01
02																	02
03																	03
04																	04
05																	05
06																	06
07																	07
08																	08
09																	09
10																	10
11																	11
12																	12

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

PERDIDA DE INGRESOS O TRABAJO	PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ULTIMOS 12 MESES
-------------------------------	---

¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">NO PERDIÓ = 00</div>	¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó durante su problema de salud y no fue a trabajar: Si 1 No 2 } Pase a Preg. 55 No trabaja 3	¿Cuántos días faltó el acompañante? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Menos de 1 día = 00</div>	¿Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">NO PERDIÓ = 00</div>	Durante los últimos 12 meses (de...a...), tuvo alguna enfermedad o accidente (incluye problemas de embarazo) por el cual (...) estuvo hospitalizado(a)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Excluye atención del parto</div> Si..... 1 No..... 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Pase a Preg. 71</div>	¿Cuál(es) fueron la(s) enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves por las que (...) tuvo que hospitalizarse? Problemas respiratorios?..... 1 Problemas cardiovasculares?..... 2 Problemas digestivos o vómito?.. 3 Problemas de la piel?..... 4 Problemas de los ojos?..... 5 Problema neuro musculares? 6 Problemas dentales?..... 7 Problemas del embarazo?..... 8 Problemas psicológicos?..... 9 Problemas óseos?..... 10 Fracturas, heridas, golpes?..... 11 Enfermedades crónicas?..... 12 Enfermedades de la mujer?..... 13 Enfermedades del hombre?..... 14 Enfermedades tradicionales?..... 15 Otro, Cuál?..... 16	(...) dónde estuvo hospitalizado la última vez : Hospital MSP?..... 1 Hospital / Clínica IESS?..... 2 Hospital FFAA / Policía?..... 3 Hospital / Clínica Privada?..... 4 Junta de Beneficencia?..... 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud?..... 6 Fundación / ONG?..... 7 Otro, Cuál?..... 8
DÓLARES		DÍAS	DÓLARES		Alt. 1 Alt. 2 Alt. 3	

COD PER	51	52	53	54	55	56	57	COD PER
01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12

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

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES																		
¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado, la última vez?			¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización la última vez ? <small>(Incluya los medicamentos y exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías, etc., comprados o efectuados dentro del establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie)</small>				¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización la última vez?			La última vez que (...) estuvo hospitalizado, compró medicamentos fuera del (establecimiento de salud)...?		La última vez que (...) estuvo hospitalizado, tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del (establecimiento de salud)...?						
MESES	SEMANAS	DÍAS	FORMA DE PAGO (COD)	CUANTO PAGÓ?		Ahorros propios 1	Préstamo bancario 2	Préstamo familiar 3	Préstamo de amigos, conocidos 4	Tuvo que vender algo 5	Tarjeta de crédito 6	Otro, Cuál? 7	COD	CUÁNTO PAGÓ		COD	CUÁNTO PAGÓ	
				PERSONA	SEGURO/OTRO									DÓLARES			DÓLARES	
			Pagó todo?..... 1															
			Pagó una parte y el resto gratis?..... 2															
			Pagó y recuperó del seguro?..... 3															
			Pase a Preg. 61															
			Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?.. 4															
			No pagó/gratis?..... 5															
			No pagó es afiliado/cubierto? 6															
			Pase a Preg. 61															
COD PER	58		59				60			61		62		COD PER				
01																		01
02																		02
03																		03
04																		04
05																		05
06																		06
07																		07
08																		08
09																		09
10																		10
11																		11
12																		12

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

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES

	La última vez que (...) estuvo hospitalizado, realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc. fuera del establecimiento de salud?	Se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) luego de la hospitalización?	¿Qué otra acciones hizo:	¿Cuántas veces más (...) se trató por la última enfermedad o accidente?	¿Cuánto más gastó en total por la última enfermedad o accidente?	¿Cuándo estuvo hospitalizado (...) faltó o dejó de trabajar?	¿Cuántos días faltó (...)?	¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar esos días?					
	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2 Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera, curandero, etc.?..... 3 Se automedicó?..... 4 Siguió el tratamiento médico?..... 5 Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.?..... 6 No hizo nada?..... 7 Otra,Cuál?..... 8 Especificar _____			Si..... 1 No..... 2 No trabaja..... 3	Pase a Preg. 71 Menos de 1 día =00	Pase a Preg. 71 NO PERDIÓ = 00					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">COD</th> <th style="width: 5%;">CUÁNTO PAGÓ?</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">DÓLARES</td> </tr> </table>	COD	CUÁNTO PAGÓ?		DÓLARES			#VECES	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES	
COD	CUÁNTO PAGÓ?												
	DÓLARES												
COD PER	63	64	65	66	67	68	69	70	COD PER				
01									01				
02									02				
03									03				
04									04				
05									05				
06									06				
07									07				
08									08				
09									09				
10									10				
11									11				
12									12				

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

PARTE E: PERCEPCIÓN DE SALUD		PARTE F: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES								
¿Cómo calificaría su estado de salud actual?	Comparando su salud actual con la de hace un año ¿diría usted que está:	Tomando en cuenta la última atención Médica, si usted pudiera escoger ¿ regresaría a ese mismo lugar para atenderse?	Por qué NO regresaría:	No había medicamentos?..... 9	Por qué SI regresaría:	El personal lo conoce hace tiempo?..... 9				
Excelente.....1	Mejor?.....1	Si.....1 Pase a 75	Mala atención?..... 1	Horario no adecuado?..... 10	Tiempo de espera corto? 1	Lo revisaron bien?..... 10				
Muy buena...2	Igual?.....2	No.....2	No se curó, no mejoró?..... 2	No le explican lo que debe hacer?..... 11	Buen horario? 2	Se curó o se mejoró?..... 11				
Buena.....3	Peor?.....3	No aplica.....3 Pase Siguiente sección	Era caro el servicio?..... 3	La consulta fue breve , no le prestan atención?..... 12	Es gratuito? 3	Le prestaron atención?.... 12				
Regular.....4	Menores de 1 año no aplica		Generalmente pasa cerrado? 4	Tiene que madrugar a coger turno?..... 13	Es barato? 4	Le explicaron bien lo que debe hacer?..... 13				
Mala.....5			Lo transfieren a otro médico, servicio?..... 5	No hay suficientes turnos?..... 14	Le dieron medicamentos? 5	No existe otro centro de salud es único?..... 14				
			Esta lejos el establecimiento? 6	Otro; Cuál?..... 15	Tiene todo lo necesario? 6	Es afiliado o cubierto? ... 15				
			Tuvo que esperar mucho tiempo?.....7		El personal es amable, lo tratan bien? 7	Otro, Cuál? 16				
			No había lo necesario?..... 8		Tiene confianza con el personal? 8					
			PASE A LA SECCIÓN VII							
			Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3		
COD PER	71	72	73	74			75			COD PER
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

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

REGISTRO		PARTE A: CONTROL PRENATAL							
	Mujeres de 12 a 49 años 1 Hombres y Mujeres menores de 12 años o mayores de 49 años..... 2 <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px; text-align: center;">Continúe con la siguiente sección</div>	(...) actualmente o en los últimos 12 meses (de.....al) ha estado embarazada? SI.....1 NO.....2 <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 18</div> Nunca estubo embarazada.....3 <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px; text-align: center;">Continúe con la siguiente sección</div>	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (...) se hizo el control del embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Una y más veces Pase a Preg. 5</div> NINGUNA = 00 CONTINÚE <div style="background-color: #cccccc; text-align: center;"># VECES</div>	¿Cuál fue la razón por la que (...) no se hizo el control del embarazo? No sabia 1 No es necesario 2 No hay establecimiento/ proveedor servicios de salud cerca..... 3 Precios altos 4 Mala calidad 5 No tiene dinero 6 No tiene tiempo 7 No puede dejar de trabajar 8 Nadie para dejar la casa o los niños 9 Otro, Cuál? 10 <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 18</div>	(.....) a dónde acudió o quién le atendió la última vez que se realizó el control del embarazo? Hospital MSP 1 Centro de Salud MSP 2 Subcentro de Salud MSP 3 Puesto de Salud MSP 4 Hospital / Clínica IESS 5 Dispensario IESS 6 Hospital FFAA /Policia..... 7 Hospital, Clínica Privado 8 Junta de Beneficencia 9 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 10 Fundación / ONG 11 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Consultorio medico 12 Consultorio Obstetriz 13 Enfermera 14 Partera 15 Otro, cuál? 16 </div> <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 7</div>	¿Dónde queda el establecimiento de salud (hospital, centro, subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policía)? <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px;">PROVINCIA</div> <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px;">CANTÓN</div> <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px;">CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL</div> <div style="background-color: #ffccff; padding: 2px;">USO INEC</div> </div>			
COD PER	1	2	3	4	5	6			COD PER
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

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

PARTE A: CONTROL PRENATAL

¿Cuál fue el motivo por el que (.....) eligió el... (establecimiento de salud o proveedor de salud)? Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Experiencia anterior 4 Tiene seguro 5 Sugerido por otras personas 6 No hay otro establecimiento/ Es el único 7 Es gratuito 8 Otro, cuál? 9	¿Cuánto tiempo le tomó (....) llegar al(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....? (incluir ida y regreso) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #fce4ec;">NO SE TRASLADÓ = 00</div>	En total, ¿cuánto gasto en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">(Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #fce4ec;">NO GASTÓ = 00</div>	Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetrix, enfermera?) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #fce4ec;">NO GASTÓ = 00</div>	(.....) cuánto ha gastado en total por su embarazo en consultas, medicinas exámenes, de laboratorio o imagen? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #fce4ec;">NO GASTÓ = 00</div>	¿Cuando asistía o asiste a los controles prenatales (.....) faltó o dejó de trabajar: Si 1 No 2 No trabaja 3	¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #fce4ec;">MENOS DE 1 DÍA = 00</div>	Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #fce4ec;">NO PERDIÓ = 00</div>			
	DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES		DÍAS	DOLARES

COD PER	7	8			9	10		11	12	13	14	COD PER
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

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

PARTE A: CONTROL PRENATAL			PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO				
¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (...) a los controles prenatales y faltó o dejó de trabajar: Si 1 No 2 } Pase a Preg. 18 No trabaja 3 }	¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo? <div style="border: 1px solid black; background-color: #fce4ec; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> MENOS DE 1 DÍA = 00 </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #fce4ec; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> DÍAS </div>	Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días? <div style="border: 1px solid black; background-color: #fce4ec; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> NO PERDIÓ = 00 </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #fce4ec; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> DOLARES </div>	En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto? SI 1 NO 2 } Continúe con la sig. sección	(...) a dónde acudió o quién le atendió el parto? Hospital MSP 1 Centro de Salud MSP 2 Subcentro de Salud MSP 3 Puesto de Salud MSP 4 Hospital / Clínica IESS 5 Dispensario IESS 6 } PASE A PREG. 21 Hospital FFAA / Policía 7 Hospital / Clínica Privada 8 Junta de Beneficencia 9 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 10 Fundación / ONG 11 Consultorio Médico 12 } PASE A PREG. 22 Consultorio Obstetriz 13 Enfermera 14 Partera 15 En casa con familiar 16 Parto sola 17 Otro, Cuál? 18	(...) porqué no acudió a un establecimiento de salud? Centro de atención queda lejos 1 No hay transporte 2 Precios altos 3 No tiene con qué pagar 4 No hay equipos 5 Mala calidad 6 Malos tratos 7 Otra, Cuál? 8 <div style="border: 1px solid black; background-color: #fce4ec; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> PASE A PREG. 26 </div>		
COD PER	15	16	17	18	19	20	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

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

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

¿Dónde queda el establecimiento de salud en el que (...) dio a luz?				¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)...?				¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?		En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso)		Una vez que (...) llegó al ... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, partera)?		¿Cuánto gastó (...) en el parto?			
				Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Tiene seguro 4 Sugerido por otras personas/profesional 5 Es gratis 6 No hay otro establecimiento/Es el único 7 Por costumbre 8 Otro, Cuál? 9				NO SE TRASLADO = 00		(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)		NO SE TRASLADO = 00		(incluya la atención, medicina, exámenes de laboratorio, servicios médicos, materiales, etc.)		NO GASTO = 00	
PROVINCIA	CANTÓN	CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL	USO INEC			HORAS	MINUTOS	DOLARES	HORAS	MINUTOS	DOLARES						

COD PER	21				22		23		24		25		26		COD PER
01															01
02															02
03															03
04															04
05															05
06															06
07															07
08															08
09															09
10															10
11															11
12															12

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

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO							PARTE C: CONTROL POST PARTO		
	¿Cuando (.....) dio a luz, faltó o dejó de trabajar: Si 1 No 2 } Pase a Preg. 33 No trabaja 3 }	¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo? DíAS	Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? DOLARES NO PERDIÓ = 00	¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (...) cuando dio a luz, y faltó o dejó de ir a trabajar: Si 1 No 2 } Pase a Preg. 33 No trabaja 3 }	¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo? MENOS DE 1 DÍA = 00	Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días? NO PERDIÓ = 00	Se hizo control postparto (...)? SI..... 1 NO..... 2 Continúe con la siguiente sección	¿Cuánto tiempo después del parto (.....), se hizo el primer control postparto? Cuarenta días 1 Más de cuarenta días 2 Menos de cuarenta días 3	
	27	28	29	30	31	32	33	34	
COD PER									COD PER
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

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

PARTE C: CONTROL POST PARTO										OBSERVACIONES
COD PER	40	41	42	43	44	45	46	47		
<p>Una vez que (...) llegó al ... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetrix, partera)?</p> <p style="text-align: center;">NO SE TRASLADO = 00</p>										
<p>(...) cuánto pago por la atención, medicinas, exámenes de laboratorio, etc.?</p> <p style="text-align: center;">NO GASTO = 00</p>										
<p>¿Cuándo asistía o asiste a los controles postparto (...), faltó o dejó de trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2 } Continúe con la sig. sección</p> <p>No trabaja . 3 }</p>										
<p>¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?</p> <p style="text-align: center;">MENOS DE 1 DÍA = 00</p>										
<p>¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?</p> <p style="text-align: center;">NO PERDIÓ = 00</p>										
<p>¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (...) a los controles postparto, y faltó o dejó de ir a trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2 } Continúe con la sig. sección</p> <p>No trabaja . 3 }</p>										
<p>¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo?</p> <p style="text-align: center;">MENOS DE 1 DÍA = 00</p>										
<p>Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días?</p> <p style="text-align: center;">NO PERDIÓ = 00</p>										
	HORAS	MINUTOS	DOLARES	DÍAS	DOLARES		DÍAS	DOLARES		
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										

PROGRAMAS SOCIALES

MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA: La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, manda que toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo parto y postparto; de igual manera, que se otorgue sin costo la atención de salud a los recién nacidos, menores de cinco años, como una acción de salud pública.

PROGRAMA de ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Se entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características: a) que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona; b) que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente; c) que su tratamiento pueda ser programado; d) que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO: El objetivo de este programa, es mejorar la situación nutricional de niños y niñas de menos de cinco años, madres embarazadas y en período de lactancia, de todo el país.

PROGRAMA SUPLEMENTO NUTRICIONAL: Chispaz se dará a los niños de seis meses a menores de cinco años de edad en el MIES y de 6 a 24 meses en el MSP, en dosis individuales, por dos meses seguidos y así evitar que éste sea administrado a más miembros de la familia

DESAYUNO ESCOLAR GRATUITO: Permite identificar al estudiante que recibió o no desayuno escolar gratuito en el establecimiento educativo. Incluye como desayuno escolar, lo que en algunos establecimientos les proporcionan como por ejemplo: leche, gelatina, avena, etc.;

PROGRAMA o SERVICIO de DESARROLLO INFANTIL (guardería): Niños/as menores de 5 años que ASISTEN o NO a un Centro de Desarrollo Infantil o Guardería.

PROGRAMA DE ENTREGA DE ALIMENTACIÓN PARA ADULTOS MAYORES: Cubre mayores de 65 años, residentes. Pretende asegurar salud psicológica y física, alimentación, vivienda, vestido, asistencia médica. Énfasis en los ancianos desprotegidos.

TEXTOS ESCOLARES GRATUITOS: Estudiante que recibió o no textos escolares gratuitos en el establecimiento educativo, independientemente de si se trate de un plantel fiscal, privado o municipal.

UNIFORME ESCOLAR GRATUITO: Estudiante que recibió o no uniforme escolar gratuito en el establecimiento educativo, independientemente si se trate de un plantel fiscal, privado o municipal

BONO JOAQUIN GALLEGOS LARA: Es una retribución de \$240 a los padres o familiares de las personas con discapacidad intelectual o física severa en situación de extrema pobreza, que por esta condición requieren de su atención y cuidados permanentes y de por vida. Además del bono, el programa "Joaquín Gallegos Lara" asiste a los beneficiarios con capacitaciones en salud, nutrición, derechos y autoestima, en coordinación con el Seguro Social Campesino y el IESS.

BONO DE DESARROLLO HUMANO: Es un subsidio monetario que entrega el gobierno. Está dirigido a personas que han sido identificadas en situación de pobreza y extrema pobreza por medio del Programa de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales SELBEN. El apoyo monetario se personaliza en la madre o en la persona que tenga como responsabilidad la compra y la preparación de alimentos, el cuidado de la salud de los menores, así como la vigilancia de la asistencia de los menores a la escuela.

BONO DE LA VIVIENDA: Este programa se enfoca en entregar bonos para la construcción o mejoramiento de viviendas en las áreas rural, urbana y urbano-marginal.

SECCIÓN VIII. ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa de Maternidad GRATUITA y Atención a la Infancia del MSP?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa de Enfermedades Catastróficas del MSP (cáncer, enfermedad renal crónica, transplantes, enfermedades congénitas de corazón, quemaduras graves)?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios (INCENTIVO ECONOMICO) por el Programa Desnutrición Cero del MSP?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa Suplemento Nutricional (chispaz, hierro vitamina A, ácido fólico) GRATUITO, DEL ESTADO?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa Desayuno, Almuerzo escolar GRATUITO, DEL ESTADO?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa Desarrollo Infantil, DEL ESTADO?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa de entrega de Alimentación para Adultos Mayores GRATUITO DEL ESTADO?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa de Textos Escolares GRATUITOS, DEL ESTADO?
	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> NO SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88	<input type="checkbox"/> SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> N/O SABE 88
COD PER	1	2	3	4	5	6	7	8
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

SECCIÓN IX: SEGURIDAD ALIMENTARIA

(PARA JEFE/A O CÓNYUGE DEL HOGAR)

<p>¿Durante las últimas 2 semanas de a el hogar tuvo suficiente comida para alimentar a todos los miembros del hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> SI 1 Pase a preg. 3</p> <p><input type="checkbox"/> NO 2</p>	<p>¿Cuando la comida no es suficiente, qué hacen en el hogar:</p> <p>Disminuyen alguna de las comidas diarias?1</p> <p>Disminuyen la cantidad a todos por igual?.....2</p> <p>Disminuyen la cantidad a los adultos?3</p> <p>Disminuyen la cantidad a los niños?.....4</p> <p>Disminuyen la cantidad a las mujeres?5</p> <p>Otro, Cuál?.....6</p>	<p>¿Durante las últimas 2 semanas de a el hogar tuvo dificultades para pagar los gastos en alimentación ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI 1</p> <p><input type="checkbox"/> NO 2 PASE A LA SECCIÓN X</p>	<p>¿Qué acción hizo para cubrir los gastos de alimentación : <i>(Registre la principal)</i></p> <p>Pidió prestado a un familiar?1</p> <p>Pidió préstamo a un amigo?2</p> <p>Fió en la tienda?3</p> <p>Dejó de comprar algunos productos?4</p> <p>Vendió algún bien o animal ?5</p> <p>Gastó de sus ahorros ?6</p> <p>Otro, Cuál?.....7</p>	<p>OBSERVACIONES:</p>
--	---	---	--	------------------------------

COD PER	1	2	3	4
01				
02				

SECCIÓN X: MORTALIDAD EN EL HOGAR

Encuestador(a): Estas preguntas se refieren a aquellas personas que fallecieron EN EL AÑO 2011 y fueron miembros del hogar.

ENTREVISTA AL JEFE/A DEL HOGAR O A LA PERSONA DE 18 AÑOS O MÁS DE EDAD QUE CONOZCA SOBRE EL TEMA

SECCIÓN X: MORTALIDAD EN EL HOGAR									
Encuestador(a): Estas preguntas se refieren a aquellas personas que fallecieron EN EL AÑO 2011 y fueron miembros del hogar.									
ENTREVISTA AL JEFE/A DEL HOGAR O A LA PERSONA DE 18 AÑOS O MÁS DE EDAD QUE CONOZCA SOBRE EL TEMA									
FALLECIDOS		MES	EDAD	SEXO	RESIDENCIA			OBSERVACIONES	
<p>¿ Durante el año 2011, ha fallecido alguna persona que era miembro de este hogar?</p> <div style="margin-top: 20px;"> <p>Si ... 1 → Cuántos? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>No..... 2</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">FIN DE LA ENTREVISTA</p> </div>		<p>En qué mes falleció (...)</p>	<p>¿Cuántos años cumplidos tenía (...) cuando falleció?</p> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> FALLECIDOS MENORES DE 1 AÑO REGISTRE "00" </div>	<p>Sexo de (...)</p> <p>Hombre .. 1</p> <p>Mujer 2</p>	<p>¿En qué lugar vivía habitualmente (...):</p> <p>En esta provincia?..... 1</p> <p>En otra provincia? 2 → Registre la PROVINCIA</p> <p>En otro país?..... 3 → Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA</p>			<p style="text-align: center;">OBSERVACIONES</p>	
¿Cuál es el nombre y apellido?					COD.	PROVINCIA	USO INEC		
No. PER	1	2	3	4	5		COD	COD PER	
01								01	
02								02	
03								03	
04								04	
05								05	
06								06	