

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	8. No. de vivienda según muestra:
2. Área: 1. Urbana 2. Rural	9. No. de Vivienda Original en el sector:
3. Provincia:	10. Total de Hogares:
4. Cantón:	11. No. de Hogar:
5. Cabecera Cantonal o Parroquial:	12. No. de Edificio:
6. Zona:	13. Manzana:
7. Sector:	14. Período

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 type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ENCUESTADOR/A: COD. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CRÍTICO/CODIFICADOR (A): COD. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIGITADOR/A: COD. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

1.- VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA (Registre por observación)

- Calle o carretera adoquinada, pavimentada o de concreto	1	
- Calle o carretera empedrada	2	
- Calle o carretera lastrado o de tierra	3	
- Camino, sendero, chaquiñán	4	
- Río / mar / lago	5	
- Otra, cuál (especifique)?	6	

2.- TIPO DE LA VIVIENDA (Registre por observación)

- Casa / Villa	1	
- Departamento en casa o edificio	2	
- Cuarto (s) en casa de inquilinato	3	
- Mediagua	4	
- Rancho	5	
- Covacha	6	
- Choza	7	
- Otra, cuál (especifique)?	8	

3.- ¿El material predominante del techo o cubierta de la vivienda es de:

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

4.- ¿El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

- Hormigón?	1	
- Ladrillo o bloque?	2	
- Adobe o tapia?	3	
- Madera?	4	
- Caña revestida o bahareque?	5	
- Caña no revestida?	6	
- Otro, cuál (especifique)?	7	

5.- ¿El material predominante del piso de la vivienda es de:

- Duela, parquet, tablón o piso flotante?	1	
- Tabla sin tratar?	2	
- Cerámica, baldosa, vinil o mármol?	3	
- Ladrillo o cemento?	4	
- Caña?	5	
- Tierra?	6	
- Otro, cuál (especifique)?	7	

6.- ¿De dónde proviene principalmente el agua que recibe la vivienda:

- De red pública?	1	
- De pozo?	2	
- De río, vertiente, acequia o canal?	3	
- De carro repartidor?	4	
- Otro (Agua lluvia/Albarrada)?	5	

7.- ¿El agua que recibe la vivienda es:

- Por tubería dentro de la vivienda?	1	
- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno?	2	
- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno?	3	
- No recibe agua por tubería sino por otros medios?	4	

8.- ¿El servicio higiénico o escusado de la vivienda es:

- Conectado a red pública de alcantarillado?	1	
- Conectado a pozo séptico?	2	
- Conectado a pozo ciego?	3	
- Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada?	4	
- Letrina?	5	
- No tiene?	6	

9.- ¿El servicio de luz (energía) eléctrica de la vivienda proviene principalmente de:

- Red de empresa eléctrica de servicio público?	1	
- Panel solar?	2	
- Generador de luz (Planta eléctrica)?	3	
- No tiene?	4	
- Otro, cuál (especifique)?	5	

10.- Principalmente, ¿cómo elimina la basura de la vivienda:

- Por carro recolector?	1	
- La arrojan en terreno baldío o quebrada?	2	
- La queman?	3	
- La entierran?	4	
- La arrojan a río, acequia o canal?	5	
- De otra forma, cuál (especifique)?	6	

11.- Sin contar la cocina, el baño y cuartos de negocio, ¿cuántos cuartos tiene la vivienda, incluyendo sala y comedor?

Número de cuartos		
-------------------------	--	--

SECCIÓN I: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

SECCIÓN I: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR																																																																																																																																					
DATOS DEL HOGAR			16.- ¿El servicio higiénico o escusado que dispone el hogar es: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- De uso exclusivo del hogar?.....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Compartido con varios hogares?.....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- No tiene.....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>				20.- ¿Tiene (...BIEN...) los miembros de este hogar:																																																																																																																														
12.- Del total de cuartos de este hogar, ¿cuántos son exclusivos para dormir? Número de dormitorios? <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>			17.- ¿Dispone este hogar de servicio de teléfono convencional? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Si</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- No</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>				<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? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Si</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- No</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>			18.- ¿Algún miembro de este hogar dispone de servicio de teléfono celular? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Si</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- No</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>																																																																																																																																		
14.- Principalmente, ¿el agua que toman los miembros del hogar: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- La beben tal como llega al hogar?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- La hierven?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Le ponen cloro?.....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- La filtran?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Compran agua purificada?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>			19.- ¿La vivienda que ocupa este hogar es: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Propia y totalmente pagada?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Propia y la está pagando?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Propia? (regalada, donada, heredada o por posesión)</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Prestada o cedida (no paga)?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Por servicios?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Arrendada?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">6</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Anticresis?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">7</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>																																																																																																																																		
15.- ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza este hogar para cocinar: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Gas (tanque o cilindro)?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Gas centralizado?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Electricidad?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Leña, carbón?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Residuos vegetales y/o de animales?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- No cocina?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">6</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Otro (Ej. Gasolina, Keréx o diesel etc.), cuál (especifique)?</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;">7</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"></div> </div>																																																																																																																																					

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> <p>Sí ... 1 → Cuántos? <input type="text"/></p> <p>No..... 2</p> <p>Pase a Sección III</p> <p>¿Cuál es el nombre y apellido?</p>		<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> <p>NO ENVÍA = "00"</p> <p>Continúe con la siguiente persona</p>			<p>¿En qué utilizan principalmente el dinero que le envía (...)?</p> <p>(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>		
No. PER	1	2	MONTO	FREC.	VECES	Alt. 1	Alt. 2	
01								
02								
03								
04								
05								
06								

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS

REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR					SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ELEGIBILIDAD																																										
<p>Registre los nombres y apellidos de todas las personas que COMEN Y DUERMEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> EMPIECE CON EL JEFE (A) DE HOGAR y continúe de acuerdo al orden de la pregunta 6; NO omita los nombres de las personas Adultas Mayores y niños recién nacidos </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">PRIMER NOMBRE</th> <th style="width: 25%;">SEGUNDO NOMBRE</th> <th style="width: 25%;">PRIMER APELLIDO</th> <th style="width: 25%;">SEGUNDO APELLIDO</th> </tr> </table>					PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo de (...)	¿Cuántos años cumplidos tiene (...)?	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (...)? (Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)	DE ACUERDO AL FORMULARIO MyC Y LA MATRIZ DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIOS, MARQUE CON UNA "X" EN LA LÍNEA DE LA PERSONA SELECCIONADA EL O LOS FORMULARIO(S) A DILIGENCIAR.																																						
					PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																																										
Hombre .1 Mujer2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> MENORES DE 1 AÑO REGISTRE "00" </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">PERSONA ELEGIBLE</th> <th style="width: 10%;">RESULTADO</th> <th colspan="12">FORMULARIO No.</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> </tr> <tr> <td>Si seleccionada . 1</td> <td>Completa ... 1</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">MEF 12 a 49 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">LACTANCIA 0 a <3 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">SALUD DE LA NIÑEZ 0 a < 5 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">FACTORES DE RIESGO NIÑOS Y NIÑAS 5 a < 10 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">FACTORES DE RIESGO ADOLESCENTES 10 a < 20 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">FACTORES DE RIESGO HOMBRES Y MUJERES 20 a < 60 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">ACTIVIDAD FÍSICA 18 a < 60 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HOMBRES 12 a 49 años</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">ANTROPOMETRÍA</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">CONSUMO</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">BIOQUÍMICA</td> </tr> <tr> <td>No Seleccionada . 2</td> <td>Rechazo 2</td> </tr> <tr> <td>Persona reemplazo.... 3</td> <td>Ausencia Permanente 3</td> </tr> <tr> <td>No miembro . 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nuevo miembro 5</td> <td>Otra razón 4</td> </tr> </table>	PERSONA ELEGIBLE	RESULTADO	FORMULARIO No.														2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Si seleccionada . 1	Completa ... 1	MEF 12 a 49 años	LACTANCIA 0 a <3 años	SALUD DE LA NIÑEZ 0 a < 5 años	FACTORES DE RIESGO NIÑOS Y NIÑAS 5 a < 10 años	FACTORES DE RIESGO ADOLESCENTES 10 a < 20 años	FACTORES DE RIESGO HOMBRES Y MUJERES 20 a < 60 años	ACTIVIDAD FÍSICA 18 a < 60 años	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HOMBRES 12 a 49 años	ANTROPOMETRÍA	CONSUMO	BIOQUÍMICA	No Seleccionada . 2	Rechazo 2	Persona reemplazo.... 3	Ausencia Permanente 3	No miembro . 4		Nuevo miembro 5	Otra razón 4
PERSONA ELEGIBLE	RESULTADO	FORMULARIO No.																																																
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																						
Si seleccionada . 1	Completa ... 1	MEF 12 a 49 años	LACTANCIA 0 a <3 años	SALUD DE LA NIÑEZ 0 a < 5 años	FACTORES DE RIESGO NIÑOS Y NIÑAS 5 a < 10 años	FACTORES DE RIESGO ADOLESCENTES 10 a < 20 años	FACTORES DE RIESGO HOMBRES Y MUJERES 20 a < 60 años	ACTIVIDAD FÍSICA 18 a < 60 años	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HOMBRES 12 a 49 años	ANTROPOMETRÍA	CONSUMO	BIOQUÍMICA																																						
No Seleccionada . 2	Rechazo 2																																																	
Persona reemplazo.... 3	Ausencia Permanente 3																																																	
No miembro . 4																																																		
Nuevo miembro 5	Otra razón 4																																																	
							DÍA	MES	AÑO																																									
COD PER	COD ENLISTA MIENTO	1			2	3	4			5																																								
01																																																		
02																																																		
03																																																		
04																																																		
05																																																		
06																																																		
07																																																		
08																																																		
09																																																		
10																																																		
11																																																		
12																																																		

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; text-align: center;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No 2</div>		¿La madre de (...) vive en este Hogar? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No 2</div>		¿Dónde nació (...) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> En esta ciudad o parroquia rural? 1 En otro lugar del país? 2 En otro país?..... 3 </div> <div style="margin-left: 10px;"> → <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Registre: Provincia, cantón y parroquia</div> → <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA</div> </div> </div>					¿Siempre vivió (...) en este lugar/ciudad? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Lugar/ciudad dónde se está realizando la encuesta</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Si 1</div> <div style="margin-left: 10px;"> → <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Pregunta 12</div> → <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No 2</div> </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	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; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> En otro lugar del país... 1 → En otro país..... 2 → </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f8d7da;"> Registre: Provincia, cantón y parroquia </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f8d7da;"> Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA </div> </div>					¿Qué idioma(s) ó lengua(s) habla (...)? ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA Indígena, Cuál? 1 <small>(LENGUAS: Achuar, Andoa, Awapit, A'ingae, Cha'palaa, Zia pedee, Kichwa, Paicoca, Shuar, Tsa'fiqui, Shiwiar, Waotodedo, Sapara)</small> 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

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 la personas que culminaron sus estudios universitarios			
Si1		Si1 Pase a Preg. 18	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?			
		No2				Si 1 No 2			
						¿Qué título obtuvo?			
						COD		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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <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> </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <p>Pase a Preg. 3</p> </div> </div>		<p>¿Si no ha trabajado (...):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <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> </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <p>Pase a Sección V</p> </div> </div>		<p>El negocio o empresa en la que (...) trabaja o trabajó, ¿a qué se dedica o hace?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%; background-color: #ffccff;"> <p style="text-align: center;">RAMA DE ACTIVIDAD</p> <p style="text-align: center;">Describa las actividades que realiza la empresa; que produce, elabora, que comercializa o que servicios presta</p> </div>		<p>¿Qué hace o qué es (...) en donde trabaja o trabajó?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%; background-color: #ffccff;"> <p style="text-align: center;">GRUPO DE OCUPACIÓN</p> <p style="text-align: center;">Describa las actividades tareas labores u oficios que realizan las personas en sus trabajos</p> </div>	
		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: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Dentro del hogar?..... 1 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fuera del hogar? 2 </div>	¿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: #ffccff; 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; text-align: center; padding: 2px;">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 <div style="background-color: #FFC0CB; text-align: center; padding: 2px;">No utiliza?..... 3</div> <div style="background-color: #FFC0CB; text-align: center; padding: 2px;">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; text-align: center; padding: 2px;">No paga = 00</div> <div style="background-color: #FFC0CB; text-align: center; padding: 2px;">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?		(...) Cuánto paga al mes por el(los) seguro(s) al cuál(es) aporta ?	
Privado ?..... 1 ISSFA?..... 2 ISSPOL?..... 3 Municipal?..... 4 Otro, cuál?..... 5 No tiene?..... 6 Pase a Sección VI		La empresa donde trabaja contrato este seguro 1 Calidad de servicio 2 Precios bajos 3 Facilidad de acceso al servicio 4 Seguro Social malo 5 Está enfermo 6 Reduce el riesgo de pagos altos por salud 7 Le da seguridad 8 Otro, cuál? 9		<div style="background-color: #ffccff; padding: 5px; border: 1px solid black;">NO PAGA = 00</div>	
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)

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)							
PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS		PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS					
		PROBLEMAS DE SALUD	ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD				
<p>Para tratar sus problemas de salud, usted acude principalmente a la:</p> <p>MEDICINA GENERAL (CONVENCIONAL)?.....1</p> <p>MEDICINA ALTERNATIVA</p> <p>Homeopatía?.....2</p> <p>Acupuntura?.....3</p> <p>Fitoterapia?.....4</p> <p>MEDICINA ANCESTRAL? (curanderos/shaman/partera/limpiador)..... 5</p> <p>Otro, Cuál?..... 6 Especificar</p>		<p>(...) 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)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Excluye control del embarazo, atención del parto y control posparto</p> </div> <p>Si 1</p> <p>No 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p>Pase a Preg. 40</p> </div>		<p>¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave que tuvo (...) en los últimos 30 días?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1-Problemas respiratorios</p> <p>2-Problemas cardiovasculares</p> <p>3-Problemas digestivos o vómito</p> <p>4-Problemas de la piel</p> <p>5-Problemas de los ojos</p> <p>6-Problema neuro musculares</p> <p>7-Problemas dentales</p> <p>8-Problemas del embarazo</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>9-Problemas psicológicos</p> <p>10-Problemas óseos</p> <p>11-Fracturas, heridas, golpes</p> <p>12-Enfermedades crónicas</p> <p>13-Enfermedades de la mujer</p> <p>14-Enfermedades del hombre</p> <p>15-Enfermedades tradicionales</p> <p>16-Otro, Cuál?..... Especificar</p> </div> </div>		<p>¿Hace cuánto tiempo ocurrió el (la) (problema de salud) por primera vez?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> <p>UNIDAD TIEMPO</p> </div> <p>Días 1</p> <p>Semanas 2</p> <p>Meses 3</p> <p>Años 4</p> <p>No sabe 88</p> <p>No responde 99</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;"> <p>MENOS DE UN DIA = 00</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%; text-align: center;"> <p>TIEMPO</p> </div> <div style="width: 48%; text-align: center;"> <p>U.T</p> </div> </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)?	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> MENOS DE UN DIA = 00 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DÍAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SEMANAS</div> </div>		Visitó un hospital, Dispensario centro o subcentro de salud; consultó a un médico, curandero, etc.?..... 1 <div style="background-color: #f8d7da; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 8</div>		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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> 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> </div>	
		Obtuvo atención en su casa por un médico, enfermera, curandero, etc. ?..... 2 <div style="background-color: #f8d7da; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 20</div>					
		Se automedico?..... 3 <div style="background-color: #f8d7da; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 23</div>					
		Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 4 <div style="background-color: #f8d7da; padding: 2px; text-align: center;">Pase a Preg. 29</div>					
		No hizo nada ?..... 5					
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):				¿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)			
				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: right; font-size: small;">Especificar</div>								(Incluidos lo pagado por otras personas) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No Gasto = 00</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; padding: 5px; text-align: center;">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 <div style="text-align: center;">Especificar</div>				(...) 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; padding: 2px;">(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			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DÍAS</div> <div>HORAS</div> <div>MINUTOS</div> </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Alt. 1</div> <div>Alt. 2</div> <div>Alt. 3</div> </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FORMA DE PAGO</div> <div>CUANTO PAGÓ?</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CODIGO</div> <div>PERSONA</div> <div>SEGURO/OTRO</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>DÓLARES</div> <div>DÓLARES</div> </div>							
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>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 Especificar		¿Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la última vez? <div>No Pagó = 00</div>		(.....) compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios? Si 1 No 2 <div>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	CUÁNTO PAGÓ	COD	CUÁNTO PAGÓ	COD	CUÁNTO PAGÓ?	DÓLARES		COD	CUÁNTO PAGÓ?	DÓLARES				
COD	DÓLARES	COD	DÓLARES	COD	DÓLARES			COD	DÓLARES					
COD PER	17	18	19	20	21	22	23	COD PER						
01								01						
02								02						
03								03						
04								04						
05								05						
06								06						
07								07						
08								08						
09								09						
10								10						
11								11						
12								12						

SECCIÓN 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:	¿Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse?	¿Con la primera acción que (.....) hizo, se resolvió o se curó del [la] (problema de salud) ?	¿Qué otra acción hizo:
Farmacia?..... 1	NO PAGÓ = 00	Si 1	Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?.. 1
Mercado?..... 2	Enfermedad Crónica (hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, otras) Pase a Preg. .49	Pase a Preg. 49	Visitó otro establecimiento o proveedor de salud? 2
Tienda?..... 3			Obtuvo atención en la casa de un médico, enfermera curandero?..... 3
Familiar/amigo?..... 4			Se automedicó?..... 4
Lo tenía en casa?..... 5			Siguió el tratamiento del médico?..... 5
Huerto?..... 6		No 2	Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 6 →
Otra,Cuál?..... 7			No hizo nada?..... 7
Especificar	VALOR EN DÓLARES		Otra,Cuál?..... 8 →
			Especificar

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 [la](problema de salud)? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Enfermedad o accidente leve 1</p> <p>No tuvo tiempo 2</p> <p>El centro de atención queda lejos 3</p> <p>Muy caro 4</p> <p>Atención de mala calidad 5</p> <p>Falta de dinero 6</p> <p>No pudo dejar la casa o a los niños 7</p> <p>Conocer la enfermedad 8</p> <p>No puedo dejar de trabajar 9</p> <p>Otra, Cuál? _____ 10</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Especificar</p> </div> <div style="width: 5%; text-align: center; font-size: 3em;">}</div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; background-color: #f4a460; padding: 5px; text-align: center;"> Pase a Preg. 49 </div> </div>										(...) dónde estuvo hospitalizado? <div style="margin-top: 10px;"> <p>Hospital MSP 1</p> <p>Hospital / Clínica IESS 2</p> <p>Hospital FFAA / Policía 3</p> <p>Hospital / Clínica Privada 4</p> <p>Junta de Beneficencia 5</p> <p>Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6</p> <p>Fundación / ONG 7</p> <p>Otra, Cuál? _____ 8</p> </div>			¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"></div> <div style="width: 30%; text-align: center;">DÍAS</div> <div style="width: 30%; text-align: center;">HORAS</div> <div style="width: 30%; text-align: center;">MINUTOS</div> </div>			¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización: <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin-top: 10px; font-size: 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) </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Pagó todo?..... 1</p> <p>Pagó una parte y el resto gratis?..... 2</p> <p>Pagó y recuperó del seguro?..... 3</p> <p style="background-color: #f4a460; text-align: center; margin: 2px 0;">Pase a Preg. 33</p> <p>Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?.. 4</p> <p>No pagó/gratis?..... 5</p> <p>No pagó es afiliado/cubierto? 6</p> <p style="background-color: #f4a460; text-align: center; margin: 2px 0;">Pase a Preg. 33</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%; background-color: #f4a460; padding: 2px;">FORMA DE PAGO (COD)</div> <div style="width: 65%; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>PERSONA</div> <div>SEGURO/OTRO</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; background-color: #f4a460; padding: 2px;"> <div>DÓLARES</div> <div>DÓLARES</div> </div> </div> </div>					
COD PER	28									29	30			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? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a Preg. 49</div> 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">No hizo nada?..... 7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;">Pase a Preg. 49</div> Otra, Cuál?..... 8 <div style="text-align: center;">Especificar</div>	
COD PER	32	COD	33	COD	34	COD	35	COD	36	COD PER	37
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)

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: <div style="font-size: small;"> 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 </div>	¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)? <div style="font-size: small;"> Está cerca1 Precios bajos2 Buena calidad3 Tiene seguro4 Sugerido por otras personas/profesional5 Es gratis6 No hay otro Establecimiento7 Otra, Cuál? 8 </div>	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> NO SE TRASLADÓ = 00 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> DÍAS HORAS MINUTOS </div>				
# VECES	DÓLARES	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Excluye control del embarazo </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Si..... 1 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> No..... 2 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Pase a Preg. 49 </div>							
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							
<p>En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir el gasto de ida y regreso)</p> <p>(Incluidos lo pagado por otras personas)</p> <p style="background-color: #f4a460; padding: 2px; text-align: center;">No Gasto = 00</p>		<p>Una vez que (...) llegó al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetrix, odontólogo, laboratorista, psicólogo, profesional de salud)?</p>		<p>(...) ¿Qué atención o servicios de salud recibió?</p> <p>Vacunas 1</p> <p>Control de crecimiento y desarrollo 2</p> <p>Detección de desnutrición y niños en riesgo 3</p> <p>Control general de salud 4</p> <p>Consulta psicológica/psiquiátrica 5</p> <p>Examen dental 6</p> <p>Tratamiento odontológico 7</p> <p>Laboratorio clínico 8</p> <p>Examen papanicolau 9</p> <p>Examen mamografía 10</p> <p>Imagenología 11</p> <p>Consulta planificación familiar 12</p> <p>Método planificación 13</p> <p>Otro, Cuál? 14</p>			<p>¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....?</p> <div style="background-color: #e0f7fa; padding: 5px; font-size: 0.8em; margin-bottom: 5px;"> <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> </div> <p>Pagó todo? 1</p> <p>Pagó una parte y el resto gratis? 2</p> <p>Pagó y recuperó del seguro? 3</p> <p>Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)? 4</p> <p>No pagó/gratis? 5</p> <p>No pagó es afiliado/cubierto? 6</p>			<p>(...) Se realizó exámenes o efectuó otro gasto fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?</p> <p>Si 1</p> <p>No 2</p>		<p>¿Cuándo tuvo el (los) problema(s) de salud o se estuvo haciendo chequear (...) faltó o dejó de trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No trabaja 3</p>		<p>¿Cuántos días faltó (...)?</p> <p style="background-color: #f4a460; padding: 2px; text-align: center;">Menos de 1 día = 00</p>				
DÓLARES		HORAS		MINUTOS		Alt. 1 Alt. 2 Alt. 3			FORMA DE PAGO (COD)		CUANTO PAGÓ?		COD.		CUÁNTO PAGÓ		DÍAS	
DÓLARES		HORAS		MINUTOS		Alt. 1 Alt. 2 Alt. 3			PERSONA DÓLARES		SEGURO/OTRO DÓLARES		COD.		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																																																		
<p>¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">NO PERDIÓ = 00</p> <p style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">DÓLARES</p>	<p>¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó durante su problema de salud y no fue a trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2 } Pase a Preg. 55</p> <p>No trabaja 3</p>	<p>¿Cuántos días faltó el acompañante?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">Menos de 1 día = 00</p> <p style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">DÍAS</p>	<p>¿Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">NO PERDIÓ = 00</p> <p style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">DÓLARES</p>	<p>Durante los últimos 12 meses (de...a...), tuvo alguna enfermedad o accidente (incluye problemas de embarazo) por el cual (...) estuvo hospitalizado(a)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Excluye atención del parto</p> <p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p style="background-color: #f8d7da; padding: 2px;">Pase a Preg. 71</p> </div>	<p>¿Cuál(es) fueron la(s) enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves por las que (...) tuvo que hospitalizarse?</p> <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr><td>Problemas respiratorios?.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>Problemas cardiovasculares?.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>Problemas digestivos o vómito?..</td><td>3</td></tr> <tr><td>Problemas de la piel?.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>Problemas de los ojos?.....</td><td>5</td></tr> <tr><td>Problema neuro musculares?</td><td>6</td></tr> <tr><td>Problemas dentales?.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>Problemas del embarazo?.....</td><td>8</td></tr> <tr><td>Problemas psicológicos?.....</td><td>9</td></tr> <tr><td>Problemas óseos?.....</td><td>10</td></tr> <tr><td>Fracturas, heridas, golpes?.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>Enfermedades crónicas?.....</td><td>12</td></tr> <tr><td>Enfermedades de la mujer?.....</td><td>13</td></tr> <tr><td>Enfermedades del hombre?.....</td><td>14</td></tr> <tr><td>Enfermedades tradicionales?.....</td><td>15</td></tr> <tr><td>Otro, Cuál?.....</td><td>16</td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Alt. 1 Alt. 2 Alt. 3 </div>	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	<p>(...) dónde estuvo hospitalizado la última vez :</p> <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr><td>Hospital MSP?.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>Hospital / Clínica IESS?.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>Hospital FFAA / Policía?.....</td><td>3</td></tr> <tr><td>Hospital / Clínica Privada?.....</td><td>4</td></tr> <tr><td>Junta de Beneficencia?.....</td><td>5</td></tr> <tr><td>Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud?.....</td><td>6</td></tr> <tr><td>Fundación / ONG?.....</td><td>7</td></tr> <tr><td>Otro, Cuál?.....</td><td>8</td></tr> </table>	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
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																																																					
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																																																					
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?			¿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)...?																											
				<i>(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)</i>					<i>(Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud)</i>		<i>(Excluya los que se hizo en el establecimiento de salud)</i>																											
				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			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		Si 1 No 2		Si 1 No 2																											
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">FORMA DE PAGO (COD)</th> <th colspan="2">CUÁNTO PAGÓ?</th> </tr> <tr> <th>PERSONA</th> <th>SEGURO/OTRO</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>DÓLARES</th> <th>DÓLARES</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MESES</td> <td>SEMANAS</td> <td>DÍAS</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FORMA DE PAGO (COD)		CUÁNTO PAGÓ?		PERSONA	SEGURO/OTRO			DÓLARES	DÓLARES			MESES	SEMANAS	DÍAS		<table border="1"> <thead> <tr> <th>COD</th> <th>CUÁNTO PAGÓ</th> </tr> <tr> <th></th> <th>DÓLARES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		COD	CUÁNTO PAGÓ		DÓLARES			<table border="1"> <thead> <tr> <th>COD</th> <th>CUÁNTO PAGÓ</th> </tr> <tr> <th></th> <th>DÓLARES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		COD	CUÁNTO PAGÓ		DÓLARES		
FORMA DE PAGO (COD)		CUÁNTO PAGÓ?																																				
PERSONA	SEGURO/OTRO																																					
DÓLARES	DÓLARES																																					
MESES	SEMANAS	DÍAS																																				
COD	CUÁNTO PAGÓ																																					
	DÓLARES																																					
COD	CUÁNTO PAGÓ																																					
	DÓLARES																																					
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, endoscopía, etc. fuera del establecimiento de salud? Si..... 1 No..... 2			Se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) luego de la hospitalización? Si..... 1 Pase a Preg. 71 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. 71 Otra, Cuál?..... 8 Especificar			¿Cuántas veces más (...) se trató por la última enfermedad o accidente? #VECES			¿Cuánto más gastó en total por la última enfermedad o accidente? DÓLARES			¿Cuándo estuvo hospitalizado (...) faltó o dejó de trabajar? Si 1 No 2 } Pase a Preg. 71 No trabaja 3			¿Cuántos días faltó (...)? Menos de 1 día =00			¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar esos días? NO PERDIÓ = 00					
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)

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? Excelente.....1 Muy buena...2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5		Comparando su salud actual con la de hace un año ¿diría usted que está: Mejor?.....1 Igual?.....2 Peor?.....3 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #e0f0ff;">Menores de 1 año no aplica</div>		Tomando en cuenta la última atención Médica, si usted pudiera escoger ¿regresaría a ese mismo lugar para atenderse? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #ffe0e0;">Si.....1 Pase a 75</div> No.....2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #ffe0e0;">No aplica.....3 Pase Siguiente sección</div>		Por qué NO regresaría: Mala atención?..... 1 No se curó, no mejoró?..... 2 Era caro el servicio?..... 3 Generalmente pasa cerrado? 4 Lo transfieren a otro médico, servicio?..... 5 Esta lejos el establecimiento? 6 Tuvo que esperar mucho tiempo?.....7 No había lo necesario?..... 8				Por qué SI regresaría: No había medicamentos?..... 9 Horario no adecuado?..... 10 No le explican lo que debe hacer?..... 11 La consulta fue breve , no le prestan atención?..... 12 Tiene que madrugar a coger turno?..... 13 No hay suficientes turnos?..... 14 Otro; Cuál?..... 15				Por qué SI regresaría: El personal lo conoce hace tiempo?..... 9 Tiempo de espera corto? 1 Buen horario? 2 Es gratuito? 3 Es barato? 4 Le dieron medicamentos? 5 Tiene todo lo necesario? 6 El personal es amable, lo tratan bien? 7 Tiene confianza con el personal? 8				El personal lo conoce hace tiempo?..... 9 Lo revisaron bien?..... 10 Se curó o se mejoró?..... 11 Le prestaron atención?.... 12 Le explicaron bien lo que debe hacer?..... 13 No existe otro centro de salud es único?..... 14 Es afiliado o cubierto? ... 15 Otro, Cuál? 16			
						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											
<div> <div>Mujeres de 12 a 49 años</div> <div>1</div> </div> <div> <div>Hombres y Mujeres menores de 12 años o mayores de 49 años</div> <div>2</div> </div> <div> <div>Continúe con la siguiente sección</div> </div>		<div> <div>(...) actualmente o en los últimos 12 meses (de.....al) ha estado embarazada?</div> <div>SI.....1</div> <div>NO.....2</div> <div> <div>Pase a Preg. 18</div> </div> <div> <div>Nunca estuvo embarazada.....3</div> <div>Continúe con la siguiente sección</div> </div> </div>		<div> <div>Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (...) se hizo el control del embarazo?</div> <div>Una y más veces</div> <div> <div>Pase a Preg. 5</div> </div> <div> <div>NINGUNA = 00</div> <div>CONTINÚE</div> </div> <div> <div># VECES</div> </div> </div>		<div> <div>¿Cuál fue la razón por la que (...) no se hizo el control del embarazo?</div> <div> <div>No sabía</div> <div>1</div> </div> <div> <div>No es necesario</div> <div>2</div> </div> <div> <div>No hay establecimiento/ proveedor servicios de salud cerca.....</div> <div>3</div> </div> <div> <div>Precios altos</div> <div>4</div> </div> <div> <div>Mala calidad</div> <div>5</div> </div> <div> <div>No tiene dinero</div> <div>6</div> </div> <div> <div>No tiene tiempo</div> <div>7</div> </div> <div> <div>No puede dejar de trabajar</div> <div>8</div> </div> <div> <div>Nadie para dejar la casa o los niños</div> <div>9</div> </div> <div> <div>Otro, Cuál?</div> <div>10</div> </div> <div> <div>Pase a Preg. 18</div> </div> </div>		<div> <div>(.....) a dónde acudió o quién le atendió la última vez que se realizó el control del embarazo?</div> <div> <div>Hospital MSP</div> <div>1</div> </div> <div> <div>Centro de Salud MSP</div> <div>2</div> </div> <div> <div>Subcentro de Salud MSP</div> <div>3</div> </div> <div> <div>Puesto de Salud MSP</div> <div>4</div> </div> <div> <div>Hospital / Clínica IESS</div> <div>5</div> </div> <div> <div>Dispensario IESS</div> <div>6</div> </div> <div> <div>Hospital FFAA /Policía.....</div> <div>7</div> </div> <div> <div>Hospital, Clínica Privado</div> <div>8</div> </div> <div> <div>Junta de Beneficencia</div> <div>9</div> </div> <div> <div>Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud</div> <div>10</div> </div> <div> <div>Fundación / ONG</div> <div>11</div> </div> <div> <div>Consultorio medico</div> <div>12</div> </div> <div> <div>Consultorio Obstetriz</div> <div>13</div> </div> <div> <div>Enfermera</div> <div>14</div> </div> <div> <div>Partera</div> <div>15</div> </div> <div> <div>Otro, cuál?</div> <div>16</div> </div> <div> <div>Pase a Preg. 7</div> </div> </div>		<div> <div>¿Dónde queda el establecimiento de salud (hospital, centro, subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policía)?</div> <div> <div>PROVINCIA</div> <div>CANTÓN</div> <div> <div>CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL</div> </div> <div>USO INEC</div> </div> </div>			

[illegible]

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

PARTE A: CONTROL PRENATAL

COD PER	7	8			9	10		11	12	13	14	COD PER
	¿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; background-color: #f0f0f0;">(Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso)</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; background-color: #f0f0f0;">(Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso)</div>	Una vez que (.....) llegó al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)....., ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetrix, enfermera)?		(.....) cuánto ha gastado en total por su embarazo en consultas, medicinas, exámenes, de laboratorio o imagen?	¿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; background-color: #f0f0f0;">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; background-color: #f0f0f0;">NO PERDIÓ = 00</div>	
		DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES		DÍAS	DOLARES	
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

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																																					
<p>¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (...) a los controles prenatales y faltó o dejó de trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2 } Pase a Preg. 18</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>	<p>En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto?</p> <p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p style="text-align: center;">Continúe con la sig. sección</p>	<p>(...) a dónde acudió o quién le atendió el parto?</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Hospital MSP</td><td>1</td></tr> <tr><td>Centro de Salud MSP</td><td>2</td></tr> <tr><td>Subcentro de Salud MSP</td><td>3</td></tr> <tr><td>Puesto de Salud MSP</td><td>4</td></tr> <tr><td>Hospital / Clínica IESS</td><td>5</td></tr> <tr><td>Dispensario IESS</td><td>6</td></tr> <tr><td>Hospital FFAA / Policía</td><td>7</td></tr> <tr><td>Hospital / Clínica Privada</td><td>8</td></tr> <tr><td>Junta de Beneficencia</td><td>9</td></tr> <tr><td>Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud</td><td>10</td></tr> <tr><td>Fundación / ONG</td><td>11</td></tr> <tr><td>Consultorio Médico</td><td>12</td></tr> <tr><td>Consultorio Obstetriz</td><td>13</td></tr> <tr><td>Enfermera</td><td>14</td></tr> <tr><td>Partera</td><td>15</td></tr> <tr><td>En casa con familiar</td><td>16</td></tr> <tr><td>Parto sola</td><td>17</td></tr> <tr><td>Otro, Cuál?</td><td>18</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">PASE A PREG. 21</p> <p style="text-align: center;">PASE A PREG. 22</p>	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	Consultorio Médico	12	Consultorio Obstetriz	13	Enfermera	14	Partera	15	En casa con familiar	16	Parto sola	17	Otro, Cuál?	18	<p>(...) porqué no acudió a un establecimiento de salud?</p> <p>Centro de atención queda lejos 1</p> <p>No hay transporte 2</p> <p>Precios altos 3</p> <p>No tiene con qué pagar 4</p> <p>No hay equipos 5</p> <p>Mala calidad 6</p> <p>Malos tratos 7</p> <p>Otra, Cuál? 8</p> <p style="text-align: center;">PASE A PREG. 26</p>
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																																								
Consultorio Médico	12																																								
Consultorio Obstetriz	13																																								
Enfermera	14																																								
Partera	15																																								
En casa con familiar	16																																								
Parto sola	17																																								
Otro, Cuál?	18																																								
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 GASTO = 00		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						
<p>¿Cuándo (.....) dio a luz, faltó o dejó de trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2 } Pase a Preg. 33</p> <p>No trabaja 3 }</p>		<p>¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?</p> <p>Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?</p> <p>NO PERDIÓ = 00</p>		<p>¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (...) cuando dio a luz, y faltó o dejó de ir a trabajar:</p> <p>Si 1</p> <p>No 2 } Pase a Preg. 33</p> <p>No trabaja 3 }</p>		<p>¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo?</p> <p>MENOS DE 1 DÍA = 00</p>		<p>Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días?</p> <p>NO PERDIÓ = 00</p>		<p>Se hizo control postparto (...)?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>Continúe con la siguiente sección</p>		<p>¿Cuánto tiempo después del parto (.....), se hizo el primer control postparto?</p> <p>Cuarenta días 1</p> <p>Más de cuarenta días 2</p> <p>Menos de cuarenta días 3</p>	
		DÍAS	DOLARES			DÍAS	DOLARES						
COD PER	27	28	29	30	31	32	33	34	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

¿En qué lugar tuvo el control de postparto? 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 Consultorio Médico..... 12 Consultorio Obstetriz..... 13 Enfermera..... 14 Partera..... 15 Otro, Cuál?..... 16 PASE A PREG. 37	¿Dónde queda el establecimiento de salud dónde (...) se hizo el control postparto? <table border="1"> <tr> <td>PROVINCIA</td> <td>CANTÓN</td> <td>CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL</td> <td>USO INEC</td> </tr> </table>				PROVINCIA	CANTÓN	CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL	USO INEC	¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)...? Está cerca 1 Precios bajos 2 Buena calidad 3 Tiene seguro 4 Sugerido por otras personas/ profesional 5 Es gratis 6 No hay otro establecimiento o proveedor/Es el único 7 Por costumbre..... 8 Otro, Cuál? 9	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">NO SE TRASLADO = 00</div>	En total, ¿cuánto gastó 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;">(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">NO GASTO = 00</div>
PROVINCIA	CANTÓN	CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL	USO INEC								
						DÍAS	HORAS	MINUTOS	DOLARES		

COD PER	35	36				37	38			39	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
Una vez que (...) llegó al ... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, partera)?		(...) cuánto pago por la atención, medicinas, exámenes de laboratorio, etc.?		¿Cuando asistía o asiste a los controles postparto (...), faltó o dejó de trabajar:		¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?		¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?		
NO SE TRASLADO = 00		NO GASTO = 00		Si 1 No 2 No trabaja . 3		MENOS DE 1 DÍA = 00		NO PERDIÓ = 00		
HORAS		MINUTOS		DOLARES		DÍAS		DOLARES		
COD PER	40	41	42	43	44	45	46	47		
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. Incluya 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?
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">NO SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px; text-align: center;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; text-align: center;">N/O SABE 88</div>
COD PER	1	2	3	4	5	6	7	8
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

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

SECCIÓN VIII. ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)						OBSERVACIONES:
¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió beneficios por el Programa de Uniformes GRATUITOS DEL ESTADO?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió el Bono Joaquín Gallegos Lara?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió el Bono de Desarrollo Humano?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió el Bono de la Vivienda?	¿Durante los últimos 12 meses de a (...) recibe o recibió algún Otro Beneficio por un programa social del Estado?		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">N/O SABE 88</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;">N/O SABE 88</div>		
COD PER	9	10	11	12	13	
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>SI 1 → Pase a preg. 3</p> <p>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>SI 1</p> <p>NO 2 → PASE A LA SECCIÓN X</p>					<p>¿Qué acción hizo para cubrir los gastos de alimentación : (Registre la principal)</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>					OBSERVACIONES:				
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

FALLECIDOS		MES	EDAD	SEXO	RESIDENCIA			OBSERVACIONES
¿ Durante el año 2011, ha fallecido alguna persona que era miembro de este hogar? <div> <div>Si ... 1</div> <div>→ Cuántos? <input type="text"/></div> </div> <div> <div>No..... 2</div> <div>FIN DE LA ENTREVISTA</div> </div>		En qué mes falleció (...)	¿Cuántos años cumplidos tenía (...) cuando falleció?	Sexo de (...) Hombre .. 1 Mujer 2	¿En qué lugar vivía habitualmente (...): En esta provincia?..... 1 En otra provincia? 2 → <div>Registre la PROVINCIA</div> En otro país?..... 3 → <div>Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA</div>			
¿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