

SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES DE HOGARES - SIIH

ENCUESTA ESPECÍFICA DE USO DEL TIEMPO

EUT 2012



instituto nacional de estadística y censos

REPÚBLICA DEL ECUADOR - NOVIEMBRE 2012



COMISIÓN DE TRANSICIÓN
HACIA EL CONSEJO DE LAS MUJERES
Y LA IGUALDAD DE GÉNERO
Decreto Ejecutivo 1733 R.O. 601- 29 de mayo de 2009

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

INFORMACIÓN GENERAL

ÁREA URBANA - RURAL

FORMULARIO ☐ DE ☐

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Regional:	☐
2. Área Urbana:	1 ☐ Área Rural: 2 ☐
3. Provincia:	☐
4. Cantón:	☐
5. Cabecera Cantonal o Parroquial:	☐
6. Zona:	☐
7. Sector:	☐
8. Vivienda (1 - 16):	☐
9. Hogar:	☐
10. Período:	☐

ENCUESTA EFECTIVA: ¿La encuesta fue efectiva en la vivienda?

SI ☐ NO ☐

Vivienda original: ☐

Si es vivienda de reemplazo (cod. 13, 14, 15 y 16) y la encuesta fue efectiva, registre el número de la vivienda a la que reemplaza (1 - 16): ☐

2. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Manzana:	☐	Edificio:	☐
Calle / Sendero:	☐		
Lote No.	Bloque No.	Patio No.	☐
Piso No.	Casa No.	Depart. No.	☐
N° Teléfono:	☐		

3. DATOS DEL INFORMANTE Y DEL HOGAR

Nombre del Jefe /a de Hogar:	☐
Número de miembros del hogar:	☐

4. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Resultado de la Entrevista	
1. COMPLETA	☐
2. RECHAZO	☐
3. NADIE EN CASA	☐
4. VIV. TEMPORAL	☐
5. VIV. DESOCUPADA	☐
6. VIV. CONSTRUCCIÓN	☐
7. VIV. INHABITABLE O DESTRUIDA	☐
8. VIV. CONVERTIDA EN NEGOCIO	☐
9. OTRA RAZÓN	☐

5. RESUMEN GENERAL DE LA ENTREVISTA

NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR				
SEXO	POBLACIÓN		TOTAL	DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD
	MENORES DE 5 AÑOS	DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD		
HOMBRES	☐	☐	☐	☐
MUJERES	☐	☐	☐	☐
TOTAL	☐	☐	☐	☐

6. PERSONAL RESPONSABLE

COORDINADOR/A REGIONAL:	SUPERVISOR/A:	COD. ☐
ENCUESTADOR/A:	Enc. ☐	COD. ☐
CODIFICADOR/A:	COD. ☐	DIGITADOR/A:
		COD. ☐

7. DURACIÓN DE LA ENTREVISTA

8. OBSERVACIONES DE SUPERVISIÓN

Hora de inicio:	☐	☐	☐	☐
Hora de finalización:	☐	☐	☐	☐
TOTAL TIEMPO OCUPADO:	☐	☐	☐	☐
AÑO	MES	DÍA	Super.:	Corregido:
2 0 1 2	1 1	☐	Coord.:	Corregido:

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR.

Informante: Jefe/a 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	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 vivienda particular	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. ¿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	

7. ¿De dónde obtiene 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	

8. ¿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	

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	
- Otro (Vela, candil, mecheros, gas)?.....	4	
- No tiene.....	5	

10. Principalmente, ¿Cómo elimina la basura de la vivienda:

- Por carro recolector?	1	
- La arrojan en terreno baldío o quebrada?	2	
- Contratan el servicio?.....	3	
- La queman?.....	4	
- La entierran?.....	5	
- La arrojan a río, acequia o canal?	6	
- De otra forma?.....	7	

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR.

Informante: Jefe/a del Hogar

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

- Número de cuartos

--	--

DATOS DEL HOGAR

12. ¿Del total de cuartos de este hogar, ¿Cuántos son exclusivamente para dormir ?

- Número de dormitorios.....

--	--

Ninguno = 00

13. ¿Del total de cuartos de este hogar, ¿Cuántos son exclusivos para negocio ?

- Número de cuartos para negocio.....

--	--

Ninguno = 00

14. ¿Tiene este hogar cuarto o espacio exclusivo para cocinar?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

15. ¿ Para lavar la ropa, el hogar utiliza principalmente:

- Piedra de lavar con tanque de agua?.....

1	
---	--

- Piedra de lavar?.....

2	
---	--

- Fregadero?

3	
---	--

- Lavadora de ropa?.....

4	
---	--

- Lava en el río o acequia?.....

5	
---	--

- Otro, cuál (especifique)?

6	
---	--

16. ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza este hogar para cocinar:

- Gas (tanque o cilindro)?

1	
---	--

- Gas centralizado?.....

2	
---	--

- Electricidad?

3	
---	--

- Leña, carbón?.....

4	
---	--

- Residuos vegetales y / o animales ?.....

5	
---	--

- Otro (Ej. Gasolina, kérex o diesel entre otros?.....

6	
---	--

- No cocina.....

7	
---	--

17 ¿El servicio higiénico o escusado que dispone el hogar es:

- De uso exclusivo del hogar?.....

1	
---	--

- Compartido con varios hogares?.....

2	
---	--

- No tiene.....

3	
---	--

18. ¿Dispone este hogar de espacio con instalaciones y/o ducha para bañarse:

- De uso exclusivo del hogar?.....

1	
---	--

- Compartido con varios hogares?.....

2	
---	--

- No tiene.....

3	
---	--

19. ¿Dispone este hogar de servicio telefónico convencional?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

20. ¿Dispone este hogar de servicio de telefonía celular?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

21. ¿Dispone este hogar de servicio de internet?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

22. ¿En este hogar hay:

Admite más de una respuesta

SI	NO	¿Cuántos?
----	----	-----------

- Trabajadores/as Domésticos/as que viven en este hogar?.....

1			
---	--	--	--

- Trabajadores/as Domésticos/as puertas afuera?.....

2			
---	--	--	--

- Enfermeros/as?.....

3			
---	--	--	--

- Cuidadores/as? (de niños/as, de personas enfermas o con discapacidad).....

4			
---	--	--	--

23. ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

- Propia y totalmente pagada?.....

1	
---	--

- Propia y la están pagando?.....

2	
---	--

- Propia? (Regalada, donada, heredada o por posesión)?.....

3	
---	--

- Prestada o cedida (No paga)?.....

4	
---	--

- Por servicios ?.....

5	
---	--

- Arrendada?.....

6	
---	--

- Anticresis?.....

7	
---	--

24. ¿Tienen los miembros de este hogar fincas, parcelas o tierras que sean propias, arrendadas o al partir destinadas al uso agropecuario?

- Si.....

1	
---	--

- No.....

2	
---	--

Pase a Preg. 26

25. ¿Las fincas, parcelas o tierras con las que cuenta el hogar son:

- Propias?.....

1	
---	--

- Propias y arrendadas?.....

2	
---	--

- Propias y al partir?.....

3	
---	--

- Arrendadas?.....

4	
---	--

- Arrendadas y al partir?.....

5	
---	--

- Al partir?.....

6	
---	--

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR.
Informante: Jefe/a del Hogar

EQUIPAMIENTO DEL HOGAR				OBSERVACIONES
26. ¿Tiene este HOGAR:			Cuántos tiene?	
BIEN	1. CÓDIGO	2. No. De BIENES		
1	REFRIGERADOR?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
2	TELEVISOR A COLOR, PLASMA, LCD, LED?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
3	LICUADORA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
4	EQUIPO DE SONIDO/MINICOMPONENTE, RADIOGRABADORA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
5	MICROONDAS?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
6	COCINA CON HORNO?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
7	COCINETA, COCINA INDUSTRIAL (COCINA SIN HORNO)?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
8	LAVADORA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
9	DVD – VHS - BLURAY?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
10	BICICLETA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
11	MOTOCICLETA.....?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
12	AUTOMÓVIL, CAMIONETA....?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
13	COMPUTADORA, LAPTOP...?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
14	PLANCHA ELÉCTRICA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
15	TOSTADORA ELÉCTRICA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
16	MÁQUINA DE COSER?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
17	ASPIRADORA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
18	ABRILLANTADORA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		
19	SECADORA DE ROPA?	SI ☐ NO ☐ 1 ☐ 2 ☐ → SB		

SECCIÓN 2: REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS							
MIEMBROS DEL HOGAR		SEXO	EDAD	PARENTESCO	SEGURO		ESTADO CIVIL O CONYUGAL
Registre el nombre de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar. ENCUESTADOR/A: Empiece con el jefe/a del hogar y continúe con: cónyuge o conviviente, hijo/a, yerno o nuera, nieto/a, padre, madre, suegro/a, hermano/a, otros parientes, otros no parientes, empleado/a doméstico/a (NO OLVIDE A LOS/AS NIÑOS/AS RECIÉN NACIDOS/AS, A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)		Hombre...1 Mujer.....2	¿Cuántos años cumplidos tiene (...)?	¿Qué relación de parentesco tiene (...) con el jefe/a del hogar?	¿(...) está afiliado o cubierto por:		¿Cuál es su estado civil ó conyugal actual:
			Si tiene menos de un año, registre 00	Jefe/a..... 1 Cónyuge o conviviente..... 2 Hijo/a..... 3 Yerno ó nuera..... 4 Nieto/a..... 5 Padre ó madre..... 6 Suegro ó suegra..... 7 Hermano/a..... 8 Cuñado/a..... 9 Otros parientes..... 10 Empleado/a Doméstico/a. 11 Otros no parientes..... 12	IESS, Seguro General?.... 1 IESS, Seguro Voluntario?. 2 Seguro Campesino?..... 3 Seguro del ISSFA ó ISSPOL?..... 4 Seguro de salud privado con hospitalización?.....5 Seguro de salud privado sin hospitalización ?.....6 AUS..... 7 Seguros Municipales y de Consejos Provinciales ?....8 Seguro M.S.P.?.....9 Ninguno?.....10		Para personas de 12 años o más Casado (a)?.... 1 Separado (a)?.. 2 Divorciado (a)? 3 Viudo (a)?..... 4 Unión Libre?... 5 Soltero (a)?..... 6
		Años		Altern.1	Altern. 2		
COD PER	1	2	3	4	5		6
01				1			
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							

	SISTEMA ANTERIOR	SISTEMA ACTUAL REFORMA CURRICULAR	
PRIMARIA	JARDÍN DE INFANTES	1 ER . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	BÁSICA
	PRIMER GRADO	2 DO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	SEGUNDO GRADO	3 ER . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	TERCER GRADO	4 TO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	CUARTO GRADO	5 TO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	QUINTO GRADO	6 TO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	SEXTO GRADO	7 MO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
SECUNDARIA	PRIMER CURSO	8 VO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	MEDIA / BACHILLERATO
	SEGUNDO CURSO	9 NO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	TERCER CURSO	10 MO . AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA	
	CUARTO CURSO	1 ER . AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA	
	QUINTO CURSO	2 DO . AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA	
	SEXTO CURSO	3 ER . AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS																	
¿Qué idioma (s) ó lengua (s) habla (...)? Sólo lengua indígena.....1 Lengua indígena y castellano / español...2 Sólo castellano / español.....3 Castellano / Español e idioma extranjero....4 Lengua indígena e idioma extranjero.....5 Idioma extranjero.....6 No habla.....7		¿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, cuál?.....8		¿Asiste (...) actualmente a clases? SI 1 NO 2 Pase a Preg. 11		¿Asiste (.....) a la jornada de: La mañana?.....1 La tarde?.....2 La noche?.....3 La jornada Integral?.....4 Dos jornadas?.....5 A distancia?.....6 Pase a Preg. 12		¿Cuál es la razón principal para que (...) no asista actualmente a la escuela, colegio o universidad? Edad.....1 Terminó sus estudios.....2 Falta de recursos económicos.....3 Por fracaso escolar.....4 Por trabajo.....5 Por temor a los maestros/as.....6 Por enfermedad o discapacidad.....7 Por ayudar en los quehaceres del hogar.....8 La familia no le permite estudiar.....9 No hay establecimientos educativos cercanos.....10 Por falta de cupo.....11 No está interesado en estudiar.....12 Por embarazo.....13 Otra, cuál?.....14		¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó (...)? Ninguno.....1 Centro de alfabetización.....2 Jardín de Infantes.....3 Primaria.....4 Educación Básica.....5 Secundaria.....6 Bachillerato.....7 Superior no Universitaria.....8 Superior Universitaria.....9 Post - grado.....10 Pase a Preg. 15 Pase a Preg. 14		¿Sabe (...) leer y escribir? SI 1 NO 2 Pase a Preg. 15		¿Por los estudios realizados (...) obtuvo algún título superior? SI 1 NO 2 Pase a 15		COD ¿Qué título obtuvo? USO INEC	
COD PER	7	8	9	10	11	12	13	14	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 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

REGISTRE EL CÓDIGO DE LA PERSONA QUE INFORMA	¿Qué hizo (...) la semana pasada:	¿Realizó (...) la semana pasada alguna actividad dentro o fuera de su casa para ayudar al mantenimiento del hogar, tal como:	¿Aunque (...) no haya trabajado la semana pasada, tiene algún trabajo o negocio al cual seguro va a volver?	¿Por qué razón (...) no trabajó la semana pasada?	¿Cuántas horas trabajó (.....) la semana pasada o la última semana que trabajó?	Durante la semana pasada o la última semana que trabajó ¿Cuánto tiempo utilizó (.....) en trasladarse ida y vuelta a su trabajo?							
	Trabajó al menos una hora?.....1 No trabajó?.....2	Atender negocio propio?..... 1 Fabricar algún producto?..... 2 Hacer algo en casa por un ingreso?..... 3 Brindar algún servicio?..... 4 Ayudar en algún negocio familiar?..... 5 Ayudar en el trabajo de algún familiar?..... 6 Como aprendiz remunerado en dinero o en especie?..... 7 Labores agrícolas o cuidado de animales?..... 8 Estudiante que realizó algún trabajo?..... 9 Trabajar para otra familia?..... 10 Otra actividad por un ingreso? 11 No realizó ninguna actividad? 12	Si 1 No 2 Pase a Preg. 21	Vacaciones..... 1 Enfermedad o accidente..... 2 Huelga o paro..... 3 Licencia con sueldo..... 4 Licencia sin sueldo..... 5 Suspensión temporal del trabajo 6 Otro, cuál?..... 7	En todos sus trabajos				En todos sus trabajos				
	Cuánto tiempo le dedicó de:				Cuánto tiempo le dedicó de:								
	LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?						
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS						

COD. PER	COD. PER. INF.	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 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

¿Durante las últimas cuatro semanas (...) hizo alguna gestión para buscar trabajo tal como:

- Acudir a sitios de contratación temporal?..... 1
Hablar con amigos o parientes?..... 2
Buscar en la prensa o radio?..... 3
Acudir a agencias de empleo?..... 4
Tratar de establecer su propio taller, empresa o negocio?..... 5
Asistir a entrevistas?..... 6
Colocar carteles o propagandas en tiendas o negocios?..... 7
Búscar por Internet?..... 8
Enviar o presentar hojas de vida (carpeta)?..... 9
Otra gestión?. (Especifique)..... 10

No realizó ninguna gestión para buscar trabajo..... 11

Pase a Preg. 23

¿La **semana pasada** (.....) le dedicó tiempo a buscar trabajo remunerado o a iniciar un negocio?

Pase a Preg. 40

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

¿ (...) es:

- Rentista?..... 1
Jubilado/a o pensionado/a?..... 2
Estudiante?..... 3
Ama de casa?..... 4
Incapacitado/a?..... 5
Otro/a, cuál?..... 6

Pase a Preg. 40

OBSERVACIONES

COD PER	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

RAMA DE ACTIVIDAD
EJEMPLOS

	NO DEBE ESCRIBIR	DEBE ESCRIBIR
1	- Enseñanza	- Servicio de Educación Nivel Primario
2	- Comercio de víveres al por menor	- Venta de abarrotes al por menor en tienda de barrio
3	- Venta en puesto de mercado	- Venta de verduras al por menor en puesto de mercado
4	- Venta ambulante	- Venta o comercio ambulante de caramelos, lotería, periódicos, etc.
5	- Confección y reparación de prendas de vestir	- Servicio de confección o reparación de prendas de vestir
6	- Agricultura de tubérculos	- Cultivo de papas
7	- Producción pecuaria	- Cría cerdos
8	- Cultivo de productos agrícolas y cría de animales	- Cultiva y cría animales
9	- Mantenimiento y reparación de vehículos	- Servicio de reparación de vehículos automotores
10	- Construcción y reparación de inmuebles	- Construir, reparar edificios y/o casas
11	- Construcción de casas	- Construir, reparar casas
12	- Reparación de radios, televisores, equipos de sonido	- Servicio de reparación de radios, televisores, equipos de sonido, etc.
13	- Servicio de transporte de pasajeros	- Transporte de pasajeros en autobús, taxi
14	- Servicio de peluquería	- Servicio de lavado, corte y peinado de cabello

GRUPO DE OCUPACIÓN
EJEMPLOS

	NO DEBE ESCRIBIR	DEBE ESCRIBIR
1	- Profesor	- Enseña a niños de nivel primario
2	- Vendedor	- Vende abarrotes en tienda de barrio
3	- Vendedor en puesto de mercado	- Vende verduras en puesto en el mercado
4	- Vendedor ambulante	- Vende caramelos, loterías, periódicos, etc.
5	- Sastre	- Confecciona y repara prendas de vestir
6	- Agricultor	- Cultiva papa
7	- Criador de animales	- Cría cerdos
8	- Productor agropecuario	- Cultiva y cría animales
9	- Mecánico de autos	- Repara y hace mantenimiento de vehículos
10	- Pintor	- Pinta interiores en edificios y casas
11	- Albañil	- Levanta paredes, funde lozas, etc.
12	- Radiotécnico	- Repara radios, televisores, equipos de sonido, etc.
13	- Conductor (chofer)	- Transporta pasajeros en autobús, taxi, etc.
14	- Estilista	- Lavado, corte y peinado del cabello

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

RAMA DE ACTIVIDAD (OCUPACIÓN PRINCIPAL)		GRUPO DE OCUPACIÓN (OCUPACIÓN PRINCIPAL)		CATEGORÍA DE OCUPACIÓN	
¿A qué se dedica principalmente la empresa o negocio donde trabaja(ba) (...)?		¿En relación a su ocupación, qué trabajo realiza(ba) (...)?		En esta ocupación (...) es :	
DESCRIBA LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES		REGISTRE LAS TAREAS PRINCIPALES		Empleado/Obrero de Gobierno / Estado?..... 1 } Empleado/Obrero Privado?..... 2 } Pase a 29 Jornalero o Peón?..... 3 } Patrono?..... 4 Cuenta Propia?..... 5 Trabajador del hogar No Remunerado?..... 6 } Trabajador No Remunerado en otro Hogar?..... 7 } Ayudante No Remunerado de asalariado / jornalero?..... 8 } Pase a 29 Empleado(a) Doméstico(a)?..... 9 }	
				USO INEC	
COD PER	24	COD PER	25	COD PER	26
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES – Para todas las personas de 5 años y más

¿(.....) es socio de: Cooperativa de Ahorro y Crédito?..... 1 Cooperativa de Producción?..... 2 Cooperativa de Servicios?..... 3 Cooperativa de Consumo?..... 4 Cooperativa de Vivienda?..... 5 Organización del sector comunitario?..... 6 Asociaciones?..... 7 Unidades Económicas Populares?..... 8 Ninguna?..... 9		¿Esta registrado en: Superintendencia de economía popular y solidaria?..... 1 Ministerio Coordinador de Desarrollo Social - MCDS?..... 2 Registro en tramite?..... 3 No esta registrado?..... 4 No sabe?..... 5		SITIO DE TRABAJO ¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (...):		¿Cuántos trabajos tuvo (...) en la semana pasada? Uno..... 1 Más de uno..... 2		HORAS HABITUALES ¿Cuántas horas trabaja (...) habitualmente a la semana en su:								
				Local de una empresa o del patrono?..... 1 Una obra en construcción?..... 2 Se desplaza?..... 3 Al descubierto en la calle?..... 4 Kiosko en la calle?..... 5 Local propio o arrendado?..... 6 Vivienda distinta a la suya?..... 7 Su vivienda?..... 8 Su finca o terreno?..... 9 Finca o terreno ajeno?..... 10				Registre el número de horas para cada alternativa								
								OCUPACIÓN PRINCIPAL?			OCUPACIÓN SECUNDARIA?			OTRAS OCUPACIONES?		
COD PER	27	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							

$$32 + 33 \geq 34$$



~~$$32 + 33 < 34$$~~

REPREGUNTA



OBSERVACIÓN - VERIFICACIÓN - FIRMA

INSTRUCCIONES PARA OBTENER EL INGRESO NETO O GANANCIA

- + VENTAS BRUTAS O INGRESOS BRUTOS +
AUTOCONSUMO Y/O AUTOSUMINISTRO**

- COSTO DE MATERIAS PRIMAS Y/O INSUMOS
Y/O MATERIALES O MERCADERÍAS**

- GASTOS DE OPERACIÓN: LUZ, AGUA,
TELÉFONO, ARRIENDO
DEL LOCAL, SUELDOS,
COMUNICACIONES,
TRANSPORTE, GASTOS
FINANCIEROS, PAGOS
DE IMPUESTOS,
APORTES A LA
SEGURIDAD SOCIAL Y
OTROS GASTOS**

- = INGRESO NETO O GANANCIA NETA**

SECCIÓN 4: INGRESOS – Para todas las personas de 5 años y más

O C U P A C I Ó N P R I N C I P A L								O C U P A C I Ó N S E C U N D A R I A								
PATRONO Y CUENTA PROPIA (INDEPENDIENTES) (Si en la Preg. 26 registraron las alternativas 4 “Patrono” o 5 “Cuenta Propia”)			ASALARIADOS/AS Y EMPLEADOS/AS DOMÉSTICOS/AS (Si en pregunta 26 registraron códigos 1, 2, 3 ó 9)					ASALARIADOS/AS E INDEPENDIENTES (Si en pregunta 30 registraron código 2 “Más de Uno”)								
En el mes de OCTUBRE ¿cuál fue el monto en dinero que recibió (...) por la venta de los productos, bienes o servicios de su negocio o establecimiento?			En el mes de OCTUBRE ¿retiró de su negocio o tomó de lo que produce o vende, bienes, servicios o productos para el consumo del hogar?		En el mes de OCTUBRE ¿cuánto gastó para el funcionamiento de su negocio en: compra de mercadería, pago de mano de obra, insumos o materia prima de los productos que vende, produce o los servicios que ofrece?		En el mes de OCTUBRE en su ocupación como (...) ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos?		En el mes de OCTUBRE ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, comisarías, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.?		En el mes de OCTUBRE además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.?		En su (s) otra (s) ocupación (es), ¿cuál fue su ingreso monetario total, ya sea como asalariado o por concepto de ganancia en el mes de OCTUBRE ?		En su (s) otra (s) ocupación (es) ¿recibió por su trabajo pago en especies o retiró del negocio o producción bienes o productos para el consumo del hogar, en el mes de OCTUBRE ?	
SI 1 NO 2							SI 1 NO 2						SI 1 NO 2			
MONTO			COD	MONTO	MONTO	MONTO	MONTO	COD	MONTO	MONTO	COD	MONTO	MONTO	COD	MONTO	
COD PER	32	33		34	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 4: INGRESOS – Para todas las personas de 5 años y más

Personas de 5 años y más															
INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES		TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS				BONO DE DESARROLLO HUMANO									
¿Recibió en el mes de OCTUBRE ingresos por concepto de intereses por: cuenta de ahorros, corrientes, préstamos a terceros, hipotecas; bonos, dividendos por acciones; arriendo de casas, edificios, terrenos, maquinaria, etc.?		¿Recibió en el mes de OCTUBRE ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, viudez, invalidez, enfermedad, cesantía, alimentos, acuerdos por divorcio, etc.?		¿Recibió en el mes de OCTUBRE dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que vivan dentro del país?		¿Recibió en el mes de OCTUBRE dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior?		¿Recibe el BONO DE DESARROLLO HUMANO?		¿Cuánto recibió en el mes de OCTUBRE por el BONO DE DESARROLLO HUMANO?		¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO DE DESARROLLO HUMANO?			
SI 1 NO 2		SI 1 NO 2		SI 1 NO 2		SI 1 NO 2		SI 1 NO 2 Pase a Preg. 47		Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00		SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?			
COD	MONTO	COD	MONTO	COD	MONTO	COD	MONTO			MONTO	COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
COD PER	40	41	42	43	44	45	46								COD PER
01															01
02															02
03															03
04															04
05															05
06															06
07															07
08															08
09															09
10															10
11															11
12															12

SECCIÓN 4: INGRESOS – Para todas las personas de 5 años y más

OBSERVACIONES

Personas de 5 años y más																
BONO POR CUIDADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA																
¿Recibe (...) el BONO POR EL CUIDADO BRINDADO A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, QUE SEA MIEMBRO DEL HOGAR? SI 1 NO 2 Siguiente Sección		¿Cuánto recibió en el mes de OCTUBRE por el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA? Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00		¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA? SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead></table>				LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?														
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS												
COD PER	47	48	49													
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																

SECCIÓN 5: PROGRAMAS SOCIALES - DISCAPACIDAD

PARA TODAS LAS PERSONAS - INFORMANTE CALIFICADO

¿(.....) tiene algún tipo de discapacidad ? SI 1 NO 2 Siguiente sección		¿Asiste (.....) a algún programa o servicio de atención para personas con discapacidad? SI 1 NO 2 Pase a Preg. 5		¿El programa o servicio de atención para personas con discapacidad donde acude (.....) es: Del MIES?..... 1 Del Municipio?..... 2 Del IESS?..... 3 Del ISSFA / ISSPOL?..... 4 De otras instituciones públicas? 5 De institución privada?..... 6 De la iglesia?..... 7 De una fundación / ONG?..... 8 Pase a Preg. 6		Durante la semana pasada ¿Cuántos días y cuántas horas diarias asistió (.....) al centro de atención para personas con discapacidad? Número de días por semana Número de horas por día		¿Por qué razón no asiste (...) a un centro, programa o servicio de atención para personas con discapacidad: No tiene dinero?..... 1 El servicio que se ofrece es de mala calidad?..... 2 El centro de atención esta distante?..... 3 Porque la familia no quiere?.....4 Porque desconoce que existe el servicio?..... 5 No existe el servicio?..... 6 Otro, cuál?.....7		¿Recibe (...) el BONO POR DISCAPACIDAD? SI 1 NO 2 Siguiente Sección		¿Cuánto recibió en el mes de OCTUBRE por el BONO DE DISCAPACIDAD? Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00 MONTO		¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO DE DISCAPACIDAD? SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table border="1"> <tr> <th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th> <th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th> </tr> <tr> <th>COD.</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> </tr> </table>						LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	COD.	
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																												
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																										
COD PER	1	2	3	4		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 6: PROGRAMAS SOCIALES – ADULTOS MAYORES

PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE CALIFICADO

¿Asiste (.....) a algún programa o servicio de atención para personas adultas mayores? SI 1 NO 2 Pase a Preg. 12		¿El programa o servicio de atención para personas adultas mayores donde acude (.....) es: Del MIES?..... 1 Del Municipio?..... 2 Del IESS?..... 3 Del ISSFA / ISSPOL?..... 4 De otras instituciones públicas? 5 De institución privada?..... 6 De la iglesia?..... 7 De una fundación / ONG?..... 8		Durante la semana pasada ¿Cuántos días y cuántas horas diarias asistió (.....) al programa o servicio de atención para personas adultas mayores? Pase a Preg. 13 Número de días por semana Número de horas por día		¿Por qué razón no asiste (...) a algún programa o servicio de atención para personas adultas mayores: No tiene dinero?..... 1 El servicio que se ofrece es de mala calidad? 2 El centro de atención esta distante?..... 3 Porque la familia no quiere?..... 4 Porque desconoce que existe el servicio?.. 5 No existe el servicio?..... 6 Otro, cuál?..... 7		¿Recibe (.....) el BONO JUBILAR (Pensión Jubilar NO Contributiva) brindado a una persona de 65 años y más de edad? SI 1 NO 2 Siguiente sección		¿Cuanto recibió (.....) en el mes de OCTUBRE por el BONO JUBILAR (Pensión NO Contributiva)? Si no recibió en el mes de OCTUBRE registre 00		¿La semana pasada (.....) le dedicó tiempo para cobrar el BONO JUBILAR (Pensión NO Contributiva)? SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table border="1"> <tr> <th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th> <th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th> </tr> <tr> <th>COD.</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> <th>HORAS</th> <th>MINUTOS</th> </tr> </table>						LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	MONTO COD.	
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																										
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																								
COD PER		9		10		11		12		13		14		15						COD PER								
01																				01								
02																				02								
03																				03								
04																				04								
05																				05								
06																				06								
07																				07								
08																				08								
09																				09								
10																				10								
11																				11								
12																				12								

SECCIÓN 7: PROGRAMAS SOCIALES - NIÑOS - NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS - PARA JEFE/A O CÓNYUGE

¿Asiste (.....) a algún programa ó servicio de desarrollo infantil, guardería ó centro del buen vivir? SI 1 NO 2 Pase a Preg. 19	¿El programa ó servicio de desarrollo infantil ó guardería donde asiste (.....) es: Del MIES/INFA, Wawa, Kamayuk wasi?..... 1 Del Ministerio de Educación (CEI o EIFC)?.... 2 Centro infantil privado..... 3 Centro infantil de Municipio o Gobierno Local?..... 4 De la iglesia?..... 5 De una fundación /ONG?..... 6 Empresa o institución donde trabaja el/la padre/madre?..... 7 No sabe?..... 8	Durante la semana pasada ¿Cuántos días y cuántas horas diarias asistió (.....) al centro de desarrollo infantil, guardería ó centro del buen vivir? Pase a Preg. 20	¿Por qué no asiste (...) al centro de desarrollo infantil, guardería ó centro del buen vivir? No tiene dinero?..... 1 El servicio que ofrece es de mala calidad?. 2 El centro de atención esta distante?..... 3 Porque desconoce que existe el servicio?... 4 Porque prefiere cuidar usted o algún miembro de su hogar a sus hijo -hija?..... 5 Otro, cuál?..... 6	¿Recibe (.....) asistencia domiciliaria o en la comunidad por parte del INFA para el desarrollo infantil? SI 1 NO 2	¿Quién atiende principalmente a (.....) en el hogar la mayor parte del tiempo: Madre?..... 1 Padre?..... 2 Abuelos o tíos?..... 3 Miembro del hogar de 10 años y más de edad?..... 4 Miembro del hogar menor de 10 años? 5 Otros familiares, amigos/as, vecinos/as?..... 6 Cuidador/a?..... 7 Empleado/a doméstico/a?..... 8 Se queda solo/a?..... 9
		Número de días por semana Número de horas por día			

COD PER	16	17	18	19	20	21	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

MÓDULO 8

USO DEL TIEMPO

SIIH-EUT-11- 2012

PREGUNTA 1

¿En este hogar existe (n) persona (s) con DISCAPACIDAD que no pueda (n) responder a la encuesta?

SI..... → CUANTAS:

NO..... → *Pase a Preg. 2*

COD. PER.		
COD. PER.		
COD. PER.		

PREGUNTA DIRIGIDA AL JEFE/A DEL HOGAR O CÓNYUGE O CONVIVIENTE

La (s) persona (s) que se registra (ron) en los casilleros de COD.PER., no será (n) sujeto (s) de entrevista y los (as) responsables del cuidado constarán en el capítulo 13.

**USO CRÍTICO/A
CODIFICADOR**

¿La encuesta fue rechazada?

Si.....

NO.....

USO CRÍTICO/A CODIFICADOR/A

0. Menores de 12 años

1. Completa

2. Incompleta

3. Discapacitado

CAPÍTULO 1: NECESIDADES, CUIDADOS PERSONALES Y SERVICIOS DE SALUD

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE DIRECTO

Señor/a Encuestador (a), tenga presente los siguientes códigos:

Menor de 12 años?..... 1

Completa?..... 2

Incompleta?..... 3

Discapacitado?. 4

Rechazo?..... 5

EN LA SEMANA PASADA: ¿Cuánto tiempo durmió ?

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA: ¿Cuánto tiempo le dedicó a comer (desayuno, almuerzo, merienda y refrigerios)?

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA: ¿Cuánto tiempo dedicó a su cuidado personal y a sus necesidades biológicas?

Bañarse, arreglarse, vestirse, peinarse, ir al baño.

Maquillarse, afeitarse ir a cortarse o pintar el pelo entre otras

Incluir tiempo de movilización. Tiempo de retirarse sondas.

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA: ¿Pasó algún tiempo enfermo/a en cama o recuperándose de una enfermedad?

SI 1

NO 2

Pase a Preg. 10

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA Por la (enfermedad) que tuvo:

Fue o llamó a un médico, enfermera, curandero?..... 1

Fue a la farmacia para que lo receten?..... 2

Se automedicó?..... 3

Tomó o le dieron agua de remedio?..... 4

No hizo nada? 5

Otro, cuál? 6

COD PER

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

CAPÍTULO 1: NECESIDADES, CUIDADOS PERSONALES Y SERVICIOS DE SALUD

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

OBSERVACIONES

EN LA SEMANA PASADA:
¿Por qué razón no fue o no le llevaron a un médico, enfermera o curandero?

- Caso leve 1
No tuvo tiempo 2
Centro de atención queda lejos 3
Falta de dinero 4
El servicio es malo ... 5
Otro, cuál? 6

Pase a Preg 10

EN LA SEMANA PASADA:

En dónde tuvo lugar la atención o consulta de la última vez?

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

- Hospital/ MSP/IESS/FFAA/ISSPOL/PSJ 1
Centro de Salud/MSP/IESS 2
Subcentro o Dispensario de Salud/MSP/IESS..... 3

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS

- Hospital o Clínica /JBG/SOLCA 4
Centro de Salud Privado 5
Consultorio Particular 6
Casa o Domicilio 7
Otro Cuál? 8

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cuánto tiempo se demoró en trasladarse de la casa al lugar donde le atendieron ?

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?	
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Para cuidar de su salud fue a una consulta médica, se hizo algún análisis, estudios médicos, recibió alguna terapia o rehabilitación, aunque no estuviera enfermo/a?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?	
HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

COD PER	7	8	9				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

CAPÍTULO 2: APRENDIZAJE Y ESTUDIO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿ Le dedicó tiempo a asistir a clases en la escuela, colegio, universidad o cursos de capacitación formal o informal?

SI 1

NO 2

Pase a Preg. 15

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿ Le dedicó tiempo a trasladarse de ida y vuelta a su escuela, colegio, universidad o algún curso de capacitación o formación?

Excluya cuando sea por esparcimiento

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo a realizar los deberes escolares en casa o hacer consultas en la biblioteca, Internet u otros?

Incluir cualquier lugar distinto al establecimiento educativo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo a asistir a clases de nivelación o refuerzo pedagógico?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?			SÁBADO Y DOMINGO?	
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

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

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cocinó o preparó alimentos para consumirse en el desayuno, almuerzo, merienda, entre comidas, incluyendo comidas para llevar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Sirvió la comida, puso la mesa, levantó los platos o calentó la comida?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó vajilla (trastes), los secó y/o acomodó?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Limpió el lugar donde prepara los alimentos? (lavó, limpió la cocina ó fogón, fregadero y/o ordenó el área de cocinar)?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	15					16					17					18					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

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna preparación previa, necesaria para consumir algún producto como: desgranar, tostar, moler, lavar semillas?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo.

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna preparación previa, necesaria para consumir algún producto como: destilar bebidas alcohólicas o preparar bebidas no alcohólicas?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna preparación previa, necesaria para consumir algún producto como: faenamiento de animales?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó el almuerzo o comida a algún miembro del hogar, al trabajo, escuela, hospital, cárcel, etc.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	19					20					21					22					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

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Encendió el fogón de leña o carbón ?

Sólo registre el tiempo, si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó conservas, dulces, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó pan, empanadas de harina de trigo, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó otros productos alimenticios como: leche de soya, empanadas y/o bolones de verde, humitas, quimbolitos, bollos, tortillas de verde, corviche, entre otros ?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	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

CAPÍTULO 3: ACTIVIDADES CULINARIAS (PARA CONSUMO DEL HOGAR)

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó quesos y otros productos lácteos, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Secó maíz, café, cereales, semillas, cacao u otros granos, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Secó carnes, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Secó productos de la pesca, para consumo del hogar?

No incluir si es para vender.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	27					28					29					30					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

CAPÍTULO 4: MANTENIMIENTO DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Tendió la (s) cama (s) o preparó y/o recogió el lugar donde se duerme?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Limpió o lavó el área de baño, incluye lavar escusado y bacinilla o aseó la letrina u otras áreas utilizadas como servicios sanitarios?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo la limpieza general de su casa excepto el área de cocina, área de baño o escusado?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Acarreó agua para uso y consumo del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	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

CAPÍTULO 4: MANTENIMIENTO DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Calentó agua para bañarse?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó o aseó algún vehículo del hogar: automóvil, moto, carreta, bicicleta o animales utilizados para transporte?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo al cuidado de mascotas como: perro (s), gato (s), peces, pájaro (s), etc.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades de jardinería? (regar, podar, plantar, etc.)

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	35					36					37					38					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

CAPÍTULO 4: MANTENIMIENTO DEL HOGAR

CAPÍTULO 5: CUIDADO DE ROPA Y CONFECCIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Botó, quemó, enterró, clasificó y recicló la basura?

Incluir el tiempo para recoger, utilizar o quemar la basura

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó o limpió su calzado o de algún miembro del hogar?

Zapatos, zapatillas, zapatos deportivos, sandalias, botas, alpargatas, etc.

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Lavó su ropa y/o la de los miembros del hogar?

Tiempo exclusivo: para seleccionar, poner en lavadora, tenderla; NO contar el tiempo mientras la máquina opera sola

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Planchó su ropa y/o la de los miembros del hogar?

Incluye doblar la ropa luego del planchado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	39					40					41					42					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

CAPÍTULO 5: CUIDADO DE ROPA Y CONFECCIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó o retiró ropa del servicio de lavado en seco, al peso o dió a lavar a otras personas?

*Lavado en seco, lavado al peso, Martinizing.
Incluye tiempo de traslado como en otras actividades, pero NO el tiempo del servicio.*

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

43

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dobló y/o guardó la ropa en su lugar o la colocó para usarla al día siguiente?

Doblar sin planchar, guardar, acomodar, entre otras..

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

44

EN LA SEMANA PASADA:

¿Tejió, bordó, cosió, confeccionó o remendó prendas de vestir para usted o algún miembro del hogar?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

45

OBSERVACIONES

COD PER	43					44					45					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

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó compras o trueque de carnes, verduras, frutas, víveres, artículos de limpieza y otros que requiere de compras periódicas?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo compras diarias en el barrio o comunidad?

Compras pequeñas: curitas, colas, cubos maggi, leche, fósforos, aspirinas, mentol, etc.

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró medicinas o ingredientes para remedios, para usted o algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró o acompañó a comprar útiles escolares, ropa o zapatos para usted o para otro miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	46					47					48					49					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

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró utensilios, enseres domésticos o materiales para mantenimiento del hogar o electrodomésticos, equipo informático, fotográfico, instrumentos musicales para algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compró o alquiló aparatos ortopédicos o terapéuticos para algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó tramites para la compra o alquiler de vivienda (s) y/o terreno (s) y/o vehículo (s) para el uso del hogar ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó pagos del hogar por los servicios de: luz, agua, teléfono convencional o compró gas, agua por tanqueros o tuvo que estar pendiente de la entrega a domicilio del gas, agua por tanqueros entre otros servicios?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	50					51					52					53					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó pagos o trámites necesarios para el hogar o alguno de sus miembros en alguna oficina de gobierno, banco, establecimiento comercial, pago de colegiatura, obtención de partida de nacimiento, pasaporte, entre otros?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ordenó documentos de la casa o papeles importantes de los miembros del hogar, recoger y distribuir correo?

No incluir si es por trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se encargó de organizar, supervisar, dirigir los quehaceres del hogar y decidir sobre las cosas cotidianas como por ejemplo: qué comer, que comprar, etc.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se ocupó de llevar las cuentas de los gastos e ingresos del hogar y decidir cómo se distribuye el presupuesto?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	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

CAPÍTULO 6: COMPRAS, SERVICIOS Y GERENCIA U ORGANIZACIÓN

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se encargó de vigilar la seguridad del hogar, cerrar puertas por la noche o al salir, guardar el automóvil o cualquier medio de transporte?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades para mudarse de casa ?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades para reacomodar los espacios de la vivienda: ordenó el ropero, terraza, closets u otros espacios y/o se ocupó de regalar o vender lo que ya no se iba a usar?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	58					59					60					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		

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS - NIÑAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dió de comer a algún niño o niña pequeño/a del hogar?

Registrar las preguntas 61 a 66 si en el hogar existen niños-niñas **menores de 12 años**, caso contrario **pase a pregunta 67**

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Bañó y/o vistió a algún niño o niña pequeño/a del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Jugó, conversó, le contó o leyó cuentos a algún niño o niña del hogar ?

Tomar en cuenta el juego como motivador del desarrollo infantil y enseñanza

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le realizó o practicó algún ejercicio especial o terapia a algún niño o niña del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS

COD PER	61					62					63					64					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

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS.

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Estuvo pendiente de algún niño o niña pequeño/a del hogar, mientras hacía otras cosas?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Asistió a reuniones, festivales u otras actividades o programas del centro educativo de algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó o estuvo pendiente de las tareas escolares de algún niño o niña o joven del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó y/o recogió a algún miembro del hogar, ya sea a la guardería, escuela, colegio, universidad o algún otro establecimiento educativo?

No incluir el tiempo de traslado si se lo realiza en el traslado a la escuela, solo debe incluirlo si tomó mas de 10 minutos

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	65					66					67					68					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	

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó, acompañó o recogió a algún miembro del hogar, para recibir atención médica?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó y/o recogió algún miembro del hogar del trabajo?

No incluir el tiempo de traslado si se lo realiza en el traslado al trabajo, solo debe incluirlo si tomó mas de 10 minutos

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Acompañó a algún miembro del hogar a una clase especial o entrenamiento?

No incluir el tiempo de traslado si se lo realiza en el traslado a una visita médica, solo debe incluirlo si tomó mas de 10 minutos

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cuidó a algún miembro del hogar enfermo/a hospitalizado/a o lo acompañó en el hospital, clínica durante el día y/o noche?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	69					70					71					72					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

CAPÍTULO 7: CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó o acompañó a algún miembro del hogar a la clínica, hospital, centro de salud o consultorio médico privado ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó o acompañó a algún miembro del hogar a realizar alguna visita a: parteras, terapistas, curanderos/as, entre otros?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó remedios caseros para curar a algún miembro del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

¿Con qué frecuencia realiza dos o más actividades al mismo tiempo:

Siempre?..... 1
Casi siempre?..... 2
Pocas veces?..... 3
Nunca?..... 4

COD PER	73					74					75					76	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

CAPÍTULO 8: CONSTRUCCIÓN Y REPARACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Efectuó o ayudó en reparaciones o construcción de cualquier tipo en esta vivienda como: eléctricas, plomería, albañilería, entre otras.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A
VIERNES? SÁBADO Y
DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Supervisó la realización de reparaciones eléctricas, plomería o construcción de cualquier tipo en su vivienda?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A
VIERNES? SÁBADO Y
DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó, arregló, reparó o ayudó a reparar algún medio de transporte del hogar como: automóvil, bicicleta, carreta, lancha, entre otros.?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A
VIERNES? SÁBADO Y
DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Llevó, arregló, reparó o ayudó a reparar electrodomésticos u otro tipo de artefactos del hogar?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A
VIERNES? SÁBADO Y
DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo o ayudó hacer algún mueble o alguna otra cosa de utilidad para el hogar como: sillas, taburetes, mesas, hamacas, canoas, utensilios, entre otros?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A
VIERNES? SÁBADO Y
DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	77					78					79					80					81					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

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Cuidó o crió animales de corral como: gallinas, puercos, cuyes, conejos, entre otros o llevó a pastar borregos, cabras, vacas u otros animales domésticos.?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades como ordeñar, recoger huevos, trasquilar ovejas, entre otras?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recolectó agua para el terreno ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recolectó agua para los animales domésticos ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	82					83					84					85					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

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recogió leña, hongos o yerbas ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recogió flores?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Recogió frutas?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo a la pesca o caza?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES? SÁBADO Y DOMINGO?

COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
------	-------	---------	-------	---------

COD PER	86				87				88				89				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

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo alguna actividad en el huerto, parcela lote o terreno como: sembrar, cosechar, desyerbar, preparar el terreno, entre otras?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó alguna artesanía para el hogar?

SI 1
NO 2

Pase a Preg. 98

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno de masapan?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno de concha o coco?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno de cerámica o barro?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	90					91	92					93					94					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

CAPÍTULO 9: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PARA AUTOCONSUMO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno textil como: tapetes, cortinas, sábanas u otros similares. ?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún artículo o adorno en figuras de tagua o madera?.

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Elaboró algún otro artículo o adorno, especifique cuál?

Sólo registre el tiempo si no lo consideró en tiempo de trabajo

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS ¿CUÁL? COD.

COD PER	95					96					97					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

CAPÍTULO 10: ACTIVIDADES NO REMUNERADAS PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y TRABAJO VOLUNTARIO

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó a otro (s) hogar (es) en los quehaceres domésticos de manera gratuita? (Preparar alimentos, limpiar o dar mantenimiento a la vivienda, hacer compras, pagos, o trámites?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó a otro (s) hogar (es) en el cuidado de personas de manera gratuita? (Cuidado de niños-niñas, adultos mayores, enfermos crónicos o temporales y/o personas con discapacidad) ?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó algún servicio gratuito para su comunidad alguna minga de conservación o restauración del medio ambiente?

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Ayudó en labores domésticas o de apoyo en algún asilo, orfanato u hospital de manera gratuita?

Hogar de ancianos, niños/as o personas con discapacidad

SI 1
NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	98				99				100				101				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

CAPÍTULO 10: ACTIVIDADES NO REMUNERADAS PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y TRABAJO VOLUNTARIO

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Participó en el trámite para obtener algún servicio como: dotación de agua, luz, pavimentación, alcantarillado, entre otros en su comunidad?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Participó en alguna organización, actividad social, de acción ciudadana, gremial o política, organización de actos religiosos con carácter gratuito?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo a impartir clases sean estas de nivelación y/o refuerzos educativos en forma gratuita?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	102					103					104					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

CAPÍTULO 11: ESPARCIMIENTO Y CULTURA

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Tomó algún curso o taller por esparcimiento o superación personal?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le dedicó tiempo exclusivamente a ver televisión?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo exclusivo a la lectura ?

No incluir si es por trabajo o estudio

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Practicó algún instrumento musical o realizó alguna actividad artística o cultural?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	105					106					107					108					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

CAPÍTULO 11: ESPARCIMIENTO Y CULTURA

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo sólo a descansar sin hacer nada o sólo escuchar la radio?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo a navegar o chatear por Internet, celular, redes sociales, jugar con computadora, play station, etc.?

No incluir si es por trabajo o estudio

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Hizo ejercicios ó practicó algún deporte?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades recreativas y/o de esparcimiento en algún lugar como ir a: bailar, bar, karaoke, cantina, café, cine, teatro o alguna otra actividad, etc.?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

COD PER	109					110					111					112					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

CAPÍTULO 11: ESPARCIMIENTO Y CULTURA

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Realizó actividades recreativas y/o de esparcimiento en algún lugar como: parque público, mirador, ir a la montaña, reservas naturales y parques nacionales, ríos, lagos, playas, cascadas, etc.?

Tiempo exclusivo de entretenimiento con la familia

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Meditó, se dedicó a la oración o se dedicó a alguna práctica religiosa?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

Según la cantidad de tiempo libre que usted dispone, le gustaría tener:

Más ingresos?..... 1

Más tiempo libre?..... 2

COD PER	113					114					115	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

CAPÍTULO 12: FAMILIA Y SOCIABILIDAD

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Compartió tiempo con la familia o pareja con la que vive.?

Conversar, platicar, en familia, sobre mesa

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo exclusivo a recibir visitas o a visitar a otras familias?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Se hospedó en alguna otra vivienda por más de un día?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Salió a la calle para estar con amigos/as o novio/a?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	116					117					118					119					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

CAPÍTULO 12: FAMILIA Y SOCIABILIDAD

OBSERVACIONES

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Dedicó tiempo a jugar en la casa ?

Jugar fútbol, básquet, ajedrez, barajas, damas, en la casa

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Conversó por teléfono?

No incluir si es por trabajo

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Asistió a algún bautizo, matrimonio, funeral o a actividades relacionadas como: velorio o rezos de difunto?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD. HORAS MINUTOS HORAS MINUTOS

COD PER	120					121					122					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

CAPÍTULO 13: CUIDADO Y APOYO DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE SEAN MIEMBROS DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO																																																							
EN LA SEMANA PASADA: ¿Dedicó tiempo al cuidado de algún miembro del hogar con discapacidad ?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Le dio de comer o le ayudó a hacerlo a (Nombre de la persona con discapacidad) que es miembro del hogar?					EN LA SEMANA PASADA: ¿A (Nombre de la persona con discapacidad) le bañó, aseó, vistió, le ayudó a ir al baño o le cambió el pañal ?					EN LA SEMANA PASADA: ¿A (Nombre de la persona con discapacidad) durante el día le practicó alguna terapia especial, le hizo alguna curación o conversó?																																								
SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																					
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																			
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																					
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																			
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																					
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																			
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																																					
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																																			
COD PER	123				124				125				126				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																																				

CAPÍTULO 13: CUIDADO Y APOYO DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE SEAN MIEMBROS DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO

EN LA SEMANA PASADA:

¿Durante la noche estuvo en vela cuidando a (Persona con discapacidad) que es miembro del hogar?

Tiempo exclusivo de cuidado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Estuvo pendiente de (Nombre de la persona con discapacidad) mientras hacía otras cosas durante el día y la noche?

Tiempo exclusivo de cuidado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Preparó alguna comida especial a (Nombre de la persona con discapacidad) ?

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

EN LA SEMANA PASADA:

¿Le llevó o acompañó al servicio médico, a realizar terapias o algún trámite a (Nombre de la persona con discapacidad)?

Tiempo exclusivo de cuidado

SI 1

NO 2

Cuánto tiempo le dedicó de:

LUNES A VIERNES?

SÁBADO Y DOMINGO?

COD.

HORAS

MINUTOS

HORAS

MINUTOS

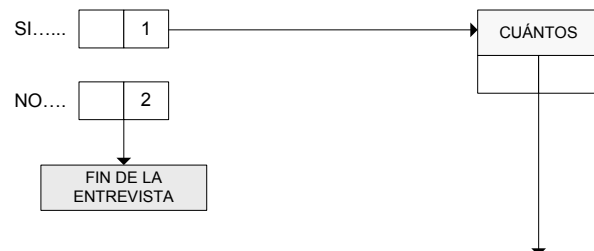
COD PER	127					128					129					130					COD PER
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

CAPÍTULO 13: CUIDADO Y APOYO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE SEAN MIEMBROS DEL HOGAR											OBSERVACIONES																												
PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS - INFORMANTE DIRECTO																																							
EN LA SEMANA PASADA: ¿Se encargó de la limpieza de la habitación de (Nombre de la persona con discapacidad), por separado?					EN LA SEMANA PASADA: ¿Se encargó de lavar y/o planchar por separado la ropa de (Nombre de la persona con discapacidad)?																																		
SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="5">131</td></tr></tbody></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	131					SI 1 NO 2 Cuánto tiempo le dedicó de: <table><thead><tr><th colspan="2">LUNES A VIERNES?</th><th colspan="2">SÁBADO Y DOMINGO?</th></tr><tr><th>COD.</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th><th>HORAS</th><th>MINUTOS</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="5">132</td></tr></tbody></table>					LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	132						
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																					
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																			
131																																							
LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?																																					
COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS																																			
132																																							
COD PER					COD PER																																		
01										01																													
02										02																													
03										03																													
04										04																													
05										05																													
06										06																													
07										07																													
08										08																													
09										09																													
10										10																													
11										11																													
12										12																													

CAPÍTULO 14: PARA TODAS LAS PERSONAS EXTERNAS AL HOGAR. INFORMANTE : Jefe/a del hogar, cónyuge o conviviente

OBSERVACIONES

¿Tiene este hogar persona (s) que colabore (n) en labores domésticas, cuidado de niños, niñas, personas adultas mayores, enfermos, enfermas y/o personas con discapacidad, en forma gratuita o pagada pero que **NO sean miembros de este hogar**?



Registre el nombre y apellido de la (s) persona (s) externa (s) al hogar

COD PER	1	SEXO	EDAD	PARENTESCO
01		Hombre... 1	Cuántos años cumplidos tiene?	Qué relación de parentesco tiene (...) con el jefe/a del hogar? Jefe/a..... 1 Cónyuge o conviviente..... 2 Hijo/a..... 3 Yerno ó nuera..... 4 Nieto/a..... 5 Padre o madre..... 6 Suegro ó suegra..... 7 Hermano/a..... 8 Cuñado/a..... 9 Otros parientes..... 10 Emp. Domest. puertas afuera.. 11 Otro no pariente..... 12
02		Mujer..... 2	AÑOS	
03				

LA SEMANA PASADA:

LA SEMANA PASADA:		CÓDIGO DE PERSONA					CÓDIGO DE PERSONA					CÓDIGO DE PERSONA				
		SI = 1 NO = 2		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?	SI = 1 NO = 2		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?	SI = 1 NO = 2		LUNES A VIERNES?		SÁBADO Y DOMINGO?
		COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS	COD.	HORAS	MINUTOS	HORAS	MINUTOS
5	Cocinó, sirvió la comida, lavó los trastes o limpió el lugar donde cocina?															
6	Arregló la casa, tendió la (s) cama (s) o hizo limpieza general?															
7	Acarreó o almacenó agua para el uso del hogar?															
8	Recogió o cortó leña para el uso del hogar?															
9	Lavó, planchó o llevó a lavar ropa de los miembros del hogar?															
10	Hizo compras para el hogar tales como: víveres, medicinas, bebidas y otros artículos?															
11	Realizó pagos del hogar como: servicio de luz, agua, teléfono o tuvo que estar pendiente de algún otro servicio?															
12	Llevó o recogió a algún miembro del hogar a la guardería, escuela, etc., o ayudó en las tareas escolares o le practicó alguna terapia?															
13	Cuidó, llevó o acompañó a algún miembro del hogar enfermo/a a una clínica, hospital, terapia durante el día o la noche?															
14	Se encargó de alimentar o asear a alguna persona con discapacidad que sea miembro del hogar?															
15	Cuidó, llevó o acompañó a alguna persona miembro del hogar con discapacidad a una clínica, hospital, terapia durante el día o la noche?															
16	Le dedicó tiempo a alguna otra actividad para ayudar a este hogar? ESPECIFIQUE.....															

