

# GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES

## ENCUESTA NACIONAL DE DESNUTRICIÓN

### INFANTIL - ENDI 2025-2026

1

## FORMULARIO DEL HOGAR

FORMULARIO  DE

**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

### A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

|                                           |                          |                      |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Área Urbana                            | <input type="checkbox"/> | 2. Área Rural        | <input type="checkbox"/> |
| 3. Provincia                              | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 4. Cantón                                 | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 5. Cabecera cantonal o parroquial         | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 6. Conglomerado                           | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 7. Zona                                   | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 8. Sector                                 | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 9. No. Secuencial de la vivienda original | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 10. Número de hogares en la vivienda      | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 11. Hogar                                 | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| 12. Período                               | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |

### B. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

| RESULTADO DE LA ENCUESTA            |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Completa (efectiva)              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rechazo                          | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nadie en casa                    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vivienda temporal                | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vivienda desocupada              | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vivienda en construcción         | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vivienda inhabitable o destruida | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vivienda convertida en negocio   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vivienda sin menores de 5 años   | <input type="checkbox"/> |
| 10. Otra razón, cuál?               | <input type="text"/>     |

OBSERVACIONES:

### C. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EFECTIVA

|                                                           |                      |             |                      |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Manzana:                                                  | <input type="text"/> | UMCE:       | <input type="text"/> |
| Calle:                                                    | <input type="text"/> |             |                      |
| Localidad:                                                | <input type="text"/> |             |                      |
| Lote No.                                                  | Bloque No.           | Patio No.   |                      |
| Piso No.                                                  | Casa No.             | Depart. No. |                      |
| Número de miembros del hogar:                             |                      |             |                      |
| <input type="text"/>                                      |                      |             |                      |
| Nombre del informante calificado:                         |                      | N° Telf.:   | <input type="text"/> |
|                                                           |                      | N° Cel.:    | <input type="text"/> |
| Escriba la altitud /metros sobre el nivel del mar (msnm): |                      |             |                      |
| <input type="text"/>                                      |                      |             |                      |

### D. DATOS DEL HOGAR

### E. PERSONAL RESPONSABLE

|                     |     |                      |
|---------------------|-----|----------------------|
| RESPONSABLE ZONAL:  | CI: | <input type="text"/> |
| SUPERVISOR:         | CI: | <input type="text"/> |
| ENCUESTADOR:        | CI: | <input type="text"/> |
| ANTROPOMETRISTA:    | CI: | <input type="text"/> |
| REVISOR DE CALIDAD: | CI: | <input type="text"/> |

### F. FECHA DE LA ENTREVISTA

|        |                      |                      |                      |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Fecha: | DÍA                  | MES                  | AÑO                  |
|        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

***Buenos días (tardes) mi nombre es \_\_\_\_\_ , soy funcionario/a del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC; estamos visitando los hogares a nivel Nacional con la finalidad de conversar sobre temas de desnutrición infantil, vivienda, entre otros. La información que nos proporcione es 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 la efectividad de los programas sociales, y de salud de todo el país.***

## SECCION 1. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR - (PARA TODAS LAS PERSONAS)

| MIEMBROS DEL HOGAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                |                 |                  | PARENTESCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SEXO                                                                                | EDAD                                        | FECHA DE NACIMIENTO                              |     |     | ¿ (...) está inscrita/o en el Registro Civil ecuatoriano? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------------------------------------------|
| <p>Por favor, ¿me podría informar los nombres y apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar, comenzando por la/el representante del hogar?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 60%;"> <p><b>No omita los nombres de las personas adultas mayores y niños recién nacidos</b></p> </div> |               |                |                 |                  | <p>¿Qué parentesco o relación tiene (...) con la/el representante del hogar?</p> <p>- Representante del hogar.....1</p> <p>- Cónyuge o conviviente..... 2</p> <p>- Hija o hijo..... 3</p> <p>- Hijastra o hijastro ..... 4</p> <p>- Nuera o yerno..... 5</p> <p>- Nieta o nieto..... 6</p> <p>- Madre o padre..... 7</p> <p>- Suegra o suegro..... 8</p> <p>- Otro pariente..... 9</p> <p>- Otro no pariente.....10</p> | <p>¿Cuál fue el sexo de (...) al nacer?</p> <p>Hombre.....1</p> <p>Mujer..... 2</p> | <p>¿Cuántos años cumplidos tiene (...)?</p> | <p>¿Cuál es la fecha de nacimiento de (...)?</p> |     |     |                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     | AÑOS                                        | DÍA                                              | MES | AÑO |                                                           |

[illegible]

# SECCION 1. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR - (PARA TODAS LAS PERSONAS)

| CEDULA DE IDENTIDAD                                                                                           |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             | PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   | ¿Tiene (...) alguna discapacidad calificada por el Ministerio de Salud MSP ? | ¿La discapacidad que tiene (...) es: | ¿Cómo se identifica (...) según su cultura y costumbres: |   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---|----|
| ¿ (...) Tiene número de cédula de ciudadanía o identidad ecuatoriana?                                         | ¿Cuál es el número? |        |  |  |  |  |  |  |  |  | ¿Tiene:                                                                                                     | ¿Tiene (...) dificultad permanente para:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| Si.....1<br><br>No..... 2<br><b>Pase a Preg 6.2</b><br><br>No Sabe/No responde.... 9<br><b>Pase a Preg. 7</b> |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  | Pasaporte u otro documento de identidad de su país de origen? ....1<br><br>No tiene documento alguno?.....2 | - Caminar o subir o bajar gradas/escaleras?.....A<br>- Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?.....B<br>- Hablar, comunicarse o conversar?.....C<br>- Oír, aun usando aparato auditivo?.....D<br>- Ver, aun usando lentes?.....E<br>- Recordar, entender o concentrarse?.....F<br><br>No tiene dificultad?...1      Mucha dificultad?.....3<br>Alguna dificultad?....2      Total dificultad?.....4 |   |   |   |   |   | Si.....1<br><br>No.....2<br><b>Pase a P.10</b>                               |                                      |                                                          |   |    |
| Cod. Per.                                                                                                     | CÓDIGO              | NÚMERO |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             | CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | A | B | C | D | E | F                                                                            |                                      | %                                                        |   |    |
|                                                                                                               | 6                   | 6.1    |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             | 6.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 7 |   |   |   |   |                                                                              | 8                                    | 8.a                                                      | 9 | 10 |
| 01                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 02                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 03                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 04                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 05                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 06                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 07                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 08                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 09                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 10                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 11                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |
| 12                                                                                                            |                     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |                                                                              |                                      |                                                          |   |    |

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

| PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR      |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        | CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    | ESTADO CONYUGAL                              |                                                                                                                  | ELEGIBILIDAD |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|------------|----------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿El padre de (...) vive en este hogar? |            | ¿La madre de (...) vive en este hogar? |            | ¿Asiste (...) actualmente a la educación regular o formal?                                                                                                                                             | ¿El establecimiento de enseñanza al que asiste (...) es:                                           | ¿Cuál es el nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó (...)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              | Para personas de 5 años y más                      |                                              | Para personas de 12 años y más                                                                                   |              | ENCUESTADOR/A SI ES MUJER DE 10 A 49 AÑOS ASIGNE EL CÓDIGO 1, CASO CONTRARIO ASIGNE EL CÓDIGO 2 | ENCUESTADOR/A ASIGNE CÓDIGO 1 A LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, O MUJERES DE 10 A 49 AÑOS. CASO CONTRARIO ASIGNE EL CÓDIGO 2 |
| Si.....1<br>No.....2                   |            | Si...1<br>No..2                        |            | De forma presencial o virtual a un Centro de Desarrollo Infantil, CNH, Guardería, Alfabetización, Educación Inicial, Escuela, Colegio, educación Superior, Técnica, Universidad, Escuelas Politécnicas | Fiscal (del Estado)? ...1<br>Particular (privado)?.....2<br>Fiscomisional?...3<br>Municipal?.....4 | Ninguno.....1<br>Centro de desarrollo infantil/Creciendo con nuestros hijos/Guardería..... 2<br>Educación Inicial/Preescolar/SAFPI.....3<br>Alfabetización (EBJA).....4<br>Primaria.....5<br>Educación General Básica (EGB).....6<br>Secundaria.....7<br>Bachillerato .....8<br>Ciclo Postbachillerato (no superior).....9<br>Educación Técnica o Tecnológica Superior (institutos superiores técnicos y tecnológicos) ...10<br>Educación Superior (universidades, escuelas politécnicas).....11<br>Maestría/Especialización.....12<br>PHD/Doctorado.....13 | ¿Sabe (...) leer y escribir? | ¿(...) obtuvo algún título en el nivel que indica? | ¿Actualmente el estado conyugal de (...) es: | Unida/o?.....1<br>Separada/o?....2<br>Divorciada/o?...3<br>Viuda/o?.....4<br>Casada/o?.....5<br>Soltera/o?.....6 |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| CÓD.                                   | CÓD. PERS. | CÓD.                                   | CÓD. PERS. |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    | NIVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AÑO APROBADO                 |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| COD PER                                | 11         | 12                                     | 13         | 14                                                                                                                                                                                                     | 15                                                                                                 | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17                           | 18                                                 | 19                                           | 20                                                                                                               |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 01                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 02                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 03                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 04                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 05                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 06                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 07                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 08                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 09                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 10                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 11                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 12                                     |            |                                        |            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                    |                                              |                                                                                                                  |              |                                                                                                 |                                                                                                                                   |

## SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

### CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Qué hizo (...) la semana pasada, de lunes a domingo pasado:</b><br><br>Trabajó al menos una hora para generar un ingreso?..... 1<br>Realizó algún trabajo ocasional (cachuelo o chaucha) por un pago?.... 2<br>Atendió un negocio propio?..... 3<br>Ayudó en algún negocio o empleo de algún miembro de su hogar?..... 4<br>Como aprendiz o pasante remunerado?..... 5<br>No trabajó, pero <b>SÍ</b> tiene un trabajo al que <b>SEGURO VA A VOLVER</b> ?..... 6<br>Hizo labores agrícolas, silvícolas cría o cuidado de animales o pesca?..... 7<br>NO TRABAJÓ?..... 8 | <b>¿Por qué razón (...) no trabajó la semana pasada?</b><br><br>Turno / horario, tipo del trabajo ..... 1<br>Vacaciones, feriados ..... 2<br>Licencia de maternidad/paternidad ..... 3<br>Licencia por enfermedad, lesión, accidente ..... 4<br>Temporada baja ..... 5<br>Huelga, paro o conflicto laboral..... 6<br>Licencia de estudios/capacitación ..... 7<br>Otro permiso personal (cuidado familiar, calamidad doméstica, servicio militar, obligaciones cívicas) ..... 8<br>Escasez de trabajo, reducción temporal de clientes ..... 9<br>Suspensión temporal del trabajo (escasez de materia prima, combustibles, averías) ..... 10<br>Mal clima, desastres naturales ..... 11<br>Por motivos de salud..... 12<br>Otro, cuál? ( <i>Especifique</i> ) ..... 13 | <b>VÍNCULO CON EL TRABAJO</b><br><br>Durante el tiempo de <b>ausencia</b> del trabajo, ¿continúa(o) (...) <b>recibiendo</b> algún ingreso o <b>beneficio</b> ?<br>Si ..... 1<br><b>Pase a 2</b><br>No ..... 2 | Desde que dejó de trabajar hasta que espera regresar, ¿cuánto tiempo estará (...) <b>ausente</b> :<br>3 meses o menos? .. 1<br>Más de 3 meses? . 2<br>No está seguro de regresar? ..... 3<br><b>Pase a 4</b> | <b>El trabajo que realizó (...) fue en labores agrícolas, cría de animales o pesca?</b><br>Si ..... 1<br>No ..... 2<br><b>Pase a Preg. 6</b> | <b>¿Los productos agrícolas o la cría de animales en los que trabajó (...) fueron:</b><br>Todo para la venta?.....1<br>La mayor parte para la venta?....2<br><b>Pase a Preg. 6</b><br>La mayor parte para consumo del hogar?..... 3<br>Todo para consumo del hogar?..... 4 | <b>En las últimas cuatro semanas, ¿hizo (...) alguna gestión para buscar trabajo y está disponible para trabajar?</b><br>Si ..... 1<br><b>Pase a Preg. 8</b><br>No ... 2<br><b>Pase a Preg. 8</b> | <b>¿(...) es:</b><br>Rentista?..... 1<br>Es jubilada/o pensionado?..... 2<br>Es estudiante?..... 3<br>Una persona a cargo de las tareas del hogar?..4<br>Una persona con discapacidad, enfermedad o lesión permanente?..... 5<br>Trabajador voluntario, comunitario?..... 6<br>Productor para autoconsumo..... 7<br>Otro, cuál?..... 8<br><b>Pase a Preg. 8</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| COD PER | 1 | 1a | 1b | 1c | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------|---|----|----|----|---|---|---|---|
| 01      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 02      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 03      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 04      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 05      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 06      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 07      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 08      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 09      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 10      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 11      |   |    |    |    |   |   |   |   |
| 12      |   |    |    |    |   |   |   |   |

## SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

| CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES                                                                                                                                |   |   |   | INGRESOS                                                                                                      |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|
| O C U P A C I Ó N P R I N C I P A L                                                                                                                          |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| PATRONA/O, CUENTA PROPIA<br>(Si en pregunta 6 registraron códigos: 5 o 6)                                                                                    |   |   |   | ASALARIADOS Y EMPLEADOS DOMÉSTICOS<br>(Si en pregunta 6 registraron códigos: 1,2,3,4 y 7)                     |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| En el mes de ..... ¿cuál fue el monto en dinero o pago en especie que recibió (...) por la venta de los, bienes o servicios de su negocio o establecimiento? |   |   |   | En el mes de ..... ¿retiró de su negocio o tomó de lo que produce o vende, bienes, para el consumo del hogar? |    | En el mes de ..... ¿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 ..... en su ocupación como (...) ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos? |    | En el mes de ..... ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, pensiones de alimentos, comisaratos, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.? |  | En el mes de ..... además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.? |  |       |  |
| MONTO                                                                                                                                                        |   |   |   | CÓD.                                                                                                          |    | MONTO                                                                                                                                                                                                         |    | MONTO                                                                                                                           |    | MONTO                                                                                                                                                                                   |  | CÓD.                                                                                                                                           |  | MONTO |  |
| COD PER                                                                                                                                                      | 6 | 7 | 8 | 9                                                                                                             | 10 |                                                                                                                                                                                                               | 11 | 12                                                                                                                              | 13 | 14                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 01                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 02                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 03                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 04                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 05                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 06                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 07                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 08                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 09                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 10                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 11                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |
| 12                                                                                                                                                           |   |   |   |                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                |  |       |  |

## SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

| INGRESOS ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                  |                                                                                                                                                                 |       | AUTOCONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |       | OBSERVACIONES |             |       |                      |          |        |        |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|---------------|-------------|-------|----------------------|----------|--------|--------|-----------------|
| OCUPACIÓN SECUNDARIA                                                                                                                          |                                                                                                                                                                 |       | Actividades agropecuarias (labores agrícolas, cría de animales o pesca)<br>(Si en pregunta 3 registraron código 3 o 4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| ASALARIADOS E INDEPENDIENTES<br>(Si en pregunta 7 registraron código 2)                                                                       |                                                                                                                                                                 |       | En el mes de ..... , ¿cuál fue el monto en dinero que (...) tomó de lo que produce en las actividades agrícolas, silvícolas, cría o cuidado de animales o pesca?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 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.....? | En su (s) otra (s) ocupación (es) ¿recibió por su trabajo o negocio pago en especies o retiró del negocio bienes para el consumo del hogar, en el mes de .....? |       | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">                     Por favor, ESTIMAR el VALOR en términos de COSTO en caso de POSIBLE compra.                 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">                     Ejemplo:                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Producto</th> <th style="text-align: left;">Subproducto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vacas</td> <td>Leche, yogurt, suero</td> </tr> <tr> <td>Gallinas</td> <td>Huevos</td> </tr> <tr> <td>Frutas</td> <td>Miel, mermelada</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Si ..... 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">No ..... 2</div> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Pase a Preg. 17</div> </div> </div> |        |       | Producto      | Subproducto | Vacas | Leche, yogurt, suero | Gallinas | Huevos | Frutas | Miel, mermelada |
| Producto                                                                                                                                      | Subproducto                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| Vacas                                                                                                                                         | Leche, yogurt, suero                                                                                                                                            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| Gallinas                                                                                                                                      | Huevos                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| Frutas                                                                                                                                        | Miel, mermelada                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| MONTO                                                                                                                                         | CÓDIGO                                                                                                                                                          | MONTO | MONTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CÓDIGO | MONTO |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| COD PER                                                                                                                                       | 15                                                                                                                                                              | 16    | 16a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 16b    |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 01                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 02                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 03                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 04                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 05                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 06                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 07                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 08                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 09                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 10                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 11                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |
| 12                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |               |             |       |                      |          |        |        |                 |

## SECCIÓN 2: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

### OTROS INGRESOS PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS

| INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES                                                                                                                                                                      |       | TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS                                                                                                    |       |                                                                                                                                     |       | Recibe alguno de los siguientes bonos o pensiones:                                                               |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   | ¿Cuánto recibió en el mes de ..... por el BONO o PENSIÓN mencionada? |       | BONO POR DISCAPACIDAD JGL                          |       | BONO 1000 DÍAS                                                                              |       |                                                                                                                        |   |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ¿Recibió en el mes de ..... ingresos por concepto de intereses por: cuenta de ahorros, corrientes, préstamos a terceros, hipotecas, bonos por acciones, arriendo de casas, edificios, terrenos, maquinaria, etc.? |       | ¿Recibió en el mes de ..... ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, viudez, invalidez, enfermedad, divorcio, cesantía, etc.? |       | ¿Recibió en el mes de ..... dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que permanezcan dentro del país? |       | ¿Recibió en el mes de ..... dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior? |       | Bono de desarrollo humano? ..... 1<br>Bono de desarrollo humano variable? ..... 2<br>Pensión mis mejores años? ..... 3<br>Pensión para adultos mayores? ..... 4<br>Pensión toda una vida? ..... 5<br>Pensión para personas con discapacidad? ..... 6<br>Bono para niños, niñas y adolescentes en situación de orfandad por muerte violenta de su madre o progenitora? ..7 |   |   |   |   |   |                                                                      |       | Si no recibió en el mes de referencia REGISTRE "0" |       | ¿Recibe el BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA?<br><br>SI....1<br><br>NO... 2<br><br>Pase a Preg. 25 |       | ¿Cuánto recibió en el mes de ..... por el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA?<br><br>Si no recibió registre 00 |   | ¿Recibe el BONO de los 1000 DÍAS?<br><br>SI....1<br><br>NO... 2<br><br>Pase a Secc. 3 |  | ¿Cuánto recibió en el mes de ..... por el BONO DE los 1000 DÍAS?<br><br>Si no recibió registre 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SI.....1<br>NO....2                                                                                                                                                                                               |       | SI.....1<br>NO.2                                                                                                                                 |       | SI.....1<br>NO..2                                                                                                                   |       | SI.....1<br>NO..2                                                                                                |       | <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>3</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |                                                                      |       | Si                                                 | 1     | No                                                                                          | 2     | NS                                                                                                                     | 3 |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si                                                                                                                                                                                                                | 1     |                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                     |       |                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |                                                                      |       |                                                    |       |                                                                                             |       |                                                                                                                        |   |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No                                                                                                                                                                                                                | 2     |                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                     |       |                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |                                                                      |       |                                                    |       |                                                                                             |       |                                                                                                                        |   |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NS                                                                                                                                                                                                                | 3     |                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                     |       |                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |                                                                      |       |                                                    |       |                                                                                             |       |                                                                                                                        |   |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si al menos una responde "SI" continúe con 22 y registre el monto por todos los bonos o pensiones recibidos, caso contrario pase a 23.                                                                            |       |                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                     |       |                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |                                                                      |       |                                                    |       |                                                                                             |       |                                                                                                                        |   |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓD.                                                                                                                                                                                                              | MONTO | CÓD.                                                                                                                                             | MONTO | CÓD.                                                                                                                                | MONTO | CÓD.                                                                                                             | MONTO | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                    | MONTO |                                                    | MONTO |                                                                                             | MONTO |                                                                                                                        |   |                                                                                       |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| COD PER | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |  |  |  |  |  |  |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---------|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|
| 01      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 02      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 03      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 04      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 05      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 06      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 07      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 08      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 09      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 10      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 11      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |
| 12      |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |

# SECCIÓN 3: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

# (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

## 1. VÍA DE ACCESO PRINCIPAL AL SECTOR (Observación del encuestador)

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| - Avenida.....                        | 1 |
| - Calle.....                          | 2 |
| - Vía/carretera/camino/autopista..... | 3 |
| - Sendero/chaquiñán.....              | 4 |
| - Río/mar/lago.....                   | 5 |
| - Vía aérea.....                      | 6 |
| - Otro, cuál?.....                    | 7 |

(Especifique)

## 1a. VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA (Observación del encuestador)

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| - Avenida.....                        | 1 |
| - Calle.....                          | 2 |
| - Vía/carretera/camino/autopista..... | 3 |
| - Callejón.....                       | 4 |
| - Pasaje.....                         | 5 |
| - Escalinata.....                     | 6 |
| - Sendero/chaquiñán.....              | 7 |
| - Río/mar/lago.....                   | 8 |
| - Otro, cuál?.....                    | 9 |

P.2

(Especifique)

## 1b. EL TIPO DE MATERIAL DE LA VÍA DE ACCESO A LA VIVIENDA ES DE: (Observación del encuestador)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| - Asfalto/pavimento..... | 1 |
| - Concreto/hormigón..... | 2 |
| - Adoquín.....           | 3 |
| - Empedrado.....         | 4 |
| - Lastrado.....          | 5 |
| - Tierra.....            | 6 |

## 2. TIPO DE VIVIENDA (Observación del encuestador)

|                                        |   |
|----------------------------------------|---|
| - Casa o villa.....                    | 1 |
| - Departamento en casa o edificio..... | 2 |
| - Cuarto/s en casa de inquilinato..... | 3 |
| - Mediagua.....                        | 4 |
| - Rancho.....                          | 5 |
| - Covacha.....                         | 6 |
| - Choza.....                           | 7 |
| - Otro, cuál?.....                     | 8 |

(Especifique)

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

|                                                    |   |
|----------------------------------------------------|---|
| - Hormigón (losa, cemento)?.....                   | 1 |
| - Fibrocemento, asbesto (eternit, eurolit)?.....   | 2 |
| - Zinc, aluminio (lámina o plancha metálica)?..... | 3 |
| - Teja?.....                                       | 4 |
| - Palma, paja u hoja?.....                         | 5 |
| - Otro, cuál?.....                                 | 6 |

(Especifique)

## 4 El estado del techo o cubierta de la vivienda es:

|           |             |          |
|-----------|-------------|----------|
| 1. Bueno? | 2. Regular? | 3. Malo? |
|-----------|-------------|----------|

## 5. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

|                                                       |   |
|-------------------------------------------------------|---|
| - Hormigón?.....                                      | 1 |
| - Ladrillo o bloque?.....                             | 2 |
| - Panel prefabricado (yeso, fibrocemento, etc.)?..... | 3 |
| - Adobe o tapia?.....                                 | 4 |
| - Madera?.....                                        | 5 |
| - Caña revestida o bahareque?.....                    | 6 |
| - Caña no revestida?.....                             | 7 |
| - Otra, cuál?.....                                    | 8 |

(Especifique)

## 6. El estado de las paredes exteriores de la vivienda es:

|           |             |          |
|-----------|-------------|----------|
| 1. Bueno? | 2. Regular? | 3. Malo? |
|-----------|-------------|----------|

## 7. El material predominante del piso de la vivienda es de:

|                                                |   |
|------------------------------------------------|---|
| - Duela, parquet, tablón o piso flotante?..... | 1 |
| - Cerámica, baldosa, vinil o porcelanato?..... | 2 |
| - Mármol o marmetón?.....                      | 3 |
| - Ladrillo o cemento?.....                     | 4 |
| - Tabla sin tratar?.....                       | 5 |
| - Caña sin tratar?.....                        | 6 |
| - Tierra?.....                                 | 7 |
| - Otro, cuál?.....                             | 8 |

(Especifique)

## 8. El estado del piso de la vivienda es:

|           |             |          |
|-----------|-------------|----------|
| 1. Bueno? | 2. Regular? | 3. Malo? |
|-----------|-------------|----------|

## 9. ¿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 |

## 10. Principalmente, ¿El agua que recibe la vivienda proviene o es suministrada por:

|                                                                              |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|
| - Empresa pública/Municipio?.....                                            | 1 |
| - Juntas de Agua/Organizaciones comunitarias/GAD parroquial?.....            | 2 |
| - Pozo?.....                                                                 | 3 |
| - Carro o tanquero repartidor?.....                                          | 4 |
| - Otras fuentes (río, vertiente, acequia, canal, grieta o agua lluvia)?..... | 5 |

## 11. ¿El servicio higiénico de la vivienda es:

|                                                                               |   |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|
| - Inodoro o escusado, conectado a red pública de alcantarillado?.....         | 1 |
| - Inodoro o escusado, conectado a pozo séptico?.....                          | 2 |
| - Inodoro o escusado, conectado a biodigestor?.....                           | 3 |
| - Inodoro o escusado, conectado a pozo ciego?.....                            | 4 |
| - Inodoro o escusado, con descarga directa al mar, río, lago o quebrada?..... | 5 |
| - Letrina?.....                                                               | 6 |
| - No tiene.....                                                               | 7 |

Pase a Preg.12

Pase a Preg.12

Pase a Preg.11b

Pase a Preg.11e

## 11a. ¿Los desechos del pozo séptico / pozo ciego/ biodigestor terminan en:

|                                                                                               |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| - Permanecen en el pozo séptico/pozo ciego/biodigestor para ser enterrados y/o sellados?..... | 1 |
| - Permanecen en el pozo séptico/pozo ciego/ biodigestor para luego ser drenados?.....         | 2 |
| - No sabe.....                                                                                | 3 |

Pase a P.11c

## 11b. ¿Con qué tipo de letrina cuenta el hogar:

|                                                                                             |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| - Letrina - hoyo con losa? (recubierta con algún material como cemento, madera, etc.)?..... | 1 |
| - Letrina - hoyo sin losa / fosa abierta? (hoyo rudimentario en el suelo)?.....             | 2 |

## 11c. ¿Se observa la presencia de moscas, roedores y malos olores, etc. en la cercanía del pozo séptico/ pozo ciego/biodigestor o letrina?

|           |          |
|-----------|----------|
| 1..... Si | 2.... No |
|-----------|----------|

## 11d. ¿Ha vaciado alguna vez el pozo séptico/ pozo ciego/ biodigestor/ letrina que utiliza?

|                |   |
|----------------|---|
| - Si.....      | 1 |
| - No.....      | 2 |
| - No sabe..... | 3 |

Pase a Preg. 12

## 11e. ¿Puesto que mencionó que no tiene servicio higiénico; que hacen principalmente los miembros de este hogar:

|                                                               |   |
|---------------------------------------------------------------|---|
| - Van al monte, campo, bota en la basura en un paquete?... .. | 1 |
| - Usan una instalación sanitaria cercana y/o prestada?.....   | 2 |
| - Descarga directa al mar, río, lago o quebrada?.....         | 3 |

Pase a Preg. 12

## 11f. ¿Qué tipo de instalación sanitaria cercana y/o prestada utiliza principalmente el hogar:

|                                                                       |   |
|-----------------------------------------------------------------------|---|
| - Inodoro o escusado, conectado a red pública de alcantarillado?..... | 1 |
| - Inodoro o escusado, conectado a pozo séptico?.....                  | 2 |
| - Inodoro o escusado, conectado a biodigestor?.....                   | 3 |
| - Inodoro o escusado, conectado a pozo ciego?.....                    | 4 |
| - Letrina?.....                                                       | 5 |

## 12. ¿Dispone la vivienda de luz (energía eléctrica) proveniente de la red pública?

|           |          |
|-----------|----------|
| 1..... Si | 2.... No |
|-----------|----------|

## 13. ¿Dispone la vivienda de otra fuente de energía eléctrica distinta a la red pública, como:

|                                                  |   |
|--------------------------------------------------|---|
| - Planta eléctrica privada (generador de luz)?.. | 1 |
| - Energía solar (panel fotovoltaico)?.....       | 2 |
| - Energía eólica (a partir del viento)?.....     | 3 |
| - Otra fuente (desechos vegetales y animales)?.. | 4 |
| - No dispone.....                                | 5 |

## 14. Principalmente, ¿Cómo elimina la basura de la vivienda:

|                                                      |   |
|------------------------------------------------------|---|
| - Por carro recolector? .....                        | 1 |
| - Por contenedor municipal? .....                    | 2 |
| - La arroja en terreno baldío? .....                 | 3 |
| - La quema? .....                                    | 4 |
| - La entierra? .....                                 | 5 |
| - La arroja al río, acequia, canal o quebrada?... .. | 6 |
| - De otra forma?.....                                | 7 |

(Especifique)

## 15. Sin contar la cocina, baño(s) y cuartos de negocio, ¿Cuántos cuartos tiene la vivienda, incluyendo sala y comedor?

|                      |  |
|----------------------|--|
| - Número de cuartos: |  |
|----------------------|--|

## 16. Del total de cuartos de este hogar, ¿Cuántos son exclusivos para dormir?

|                          |  |
|--------------------------|--|
| - Número de Dormitorios: |  |
| Ninguno = 00             |  |

## 17. ¿Este hogar tiene cuarto o espacio exclusivo para cocinar?

|           |          |
|-----------|----------|
| 1..... Si | 2.... No |
|-----------|----------|

## 18. ¿El servicio higiénico, inodoro o escusado que dispone este hogar es:

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| - De uso exclusivo del Hogar?.....    | 1 |
| - Compartido con varios hogares?..... | 2 |
| - No tiene.....                       | 3 |

# SECCIÓN 3: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

# (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

## VIVIENDA

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

|                                       |                      |   |
|---------------------------------------|----------------------|---|
| - De uso exclusivo del hogar?.....    | <input type="text"/> | 1 |
| - Compartido con varios hogares?..... | <input type="text"/> | 2 |
| - No tiene.....                       | <input type="text"/> | 3 |

20. ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza éste hogar para cocinar:

|                                                    |                      |   |
|----------------------------------------------------|----------------------|---|
| - Gas de tanque o cilindro?.....                   | <input type="text"/> | 1 |
| - Gas centralizado (por tubería)?.....             | <input type="text"/> | 2 |
| - Electricidad?.....                               | <input type="text"/> | 3 |
| - Leña o carbón?.....                              | <input type="text"/> | 4 |
| - Biogás (residuo vegetales y/o animales, etc.)?.. | <input type="text"/> | 5 |
| - Otro,( Ej: gasolina, kerex, diesel, etc.)?.....  | <input type="text"/> | 6 |
| - Ninguno (no cocina).....                         | <input type="text"/> | 7 |

21. ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

|                                                            |                      |   |                      |
|------------------------------------------------------------|----------------------|---|----------------------|
| - Propia y totalmente pagada?.....                         | <input type="text"/> | 1 | } <b>Pase a P.23</b> |
| - Propia y la está pagando?.....                           | <input type="text"/> | 2 |                      |
| - Propia (regalada, donada, heredada o por posesión)?..... | <input type="text"/> | 3 |                      |
| - Arrendada /anticresis?.....                              | <input type="text"/> | 4 | } <b>Pase a P.23</b> |
| - Prestada o cedida (no paga)?.....                        | <input type="text"/> | 5 |                      |
| - Por servicios?.....                                      | <input type="text"/> | 6 |                      |

22. ¿Cuál es el valor que paga mensualmente por el arriendo?

Monto en dólares:

23. ¿Tiene este hogar acceso a internet?

|       |                      |   |        |                      |   |
|-------|----------------------|---|--------|----------------------|---|
| Si... | <input type="text"/> | 1 | No.... | <input type="text"/> | 2 |
|-------|----------------------|---|--------|----------------------|---|

## LAVADO DE MANOS

24. ¿Puede mostrarme qué lugar usan con **MAYOR FRECUENCIA** los miembros del HOGAR para lavarse las manos?

|        |                      |   |        |                      |   |                        |
|--------|----------------------|---|--------|----------------------|---|------------------------|
| Si.... | <input type="text"/> | 1 | No.... | <input type="text"/> | 2 | <b>Pase a Preg. 27</b> |
|--------|----------------------|---|--------|----------------------|---|------------------------|

25. **ENCUESTADOR/A:** Observe si existe la presencia de agua en el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR

|                                                                                                                                                      |                      |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---|
| - Si existe agua para el lavado de manos (verifique que la llave/bomba, cuenco, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares tengan agua)..... | <input type="text"/> | 1 |
| - No existe agua para el lavado de manos.....                                                                                                        | <input type="text"/> | 2 |

26. **ENCUESTADOR/A:** Por favor observe cuáles fueron los implementos de aseo que pudo encontrar en el lugar de lavado de manos

|                                                 |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| <b>CÓDIGO 1 = SI</b>                            | <b>CÓDIGO 2 = NO</b> |
| a. Jabón (en barra o líquido)? .....            | <input type="text"/> |
| b. Detergente (en polvo/ líquido / en pasta)?.. | <input type="text"/> |
| c. Ceniza/barro/arena? .....                    | <input type="text"/> |
| d. Otro, cuál?.....                             | <input type="text"/> |
| (Especifique)                                   |                      |

**Pase a Sección IV**

27. **ENCUESTADOR/A:** Por qué razón no pudo observar el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR:

|                                                      |                      |   |                       |
|------------------------------------------------------|----------------------|---|-----------------------|
| - El lugar no está en la vivienda /patio o lote..... | <input type="text"/> | 1 | → <b>Pase a P. 29</b> |
| - No le permitieron observar el lugar.....           | <input type="text"/> | 2 |                       |
| - No tiene un lugar.....                             | <input type="text"/> | 3 |                       |
| - Otro, cuál ?.....                                  | <input type="text"/> | 4 |                       |
| (Especifique)                                        |                      |   |                       |

28. ¿Existe agua disponible en el lugar donde los miembros del hogar se lavan las manos frecuentemente?

|       |                      |   |        |                      |   |
|-------|----------------------|---|--------|----------------------|---|
| Si... | <input type="text"/> | 1 | No.... | <input type="text"/> | 2 |
|-------|----------------------|---|--------|----------------------|---|

29. Utilizan los miembros de este hogar los siguientes implementos de limpieza para lavarse las manos:

**CÓDIGO 1 = SI**

**CÓDIGO 2 = NO**

|                                                 |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| a. Jabón (en barra o líquido)? .....            | <input type="text"/> |
| b. Detergente (en polvo/ líquido / en pasta)?.. | <input type="text"/> |
| c. Ceniza/barro/arena? .....                    | <input type="text"/> |
| d. Otro, cuál?.....                             | <input type="text"/> |
| (Especifique)                                   |                      |

## OBSERVACIONES

## SECCIÓN 4: SEGURIDAD ALIMENTARIA (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|
| <b>ENCUESTADOR/A:</b> lea en forma pausada.<br><br><b>A continuación se realizarán preguntas relacionadas a la seguridad alimentaria de su hogar.</b><br><br><b>Considere que en las siguientes preguntas la frase "falta de dinero u otros recursos" se refiere a falta de recursos monetarios y/u otros medios para adquirir alimentos.</b><br><br><b>Además, no considere como motivos de su respuesta, aspectos relacionados a dietas para perder peso, por salud o motivos religiosos.</b> |  |  |  |  | <b>Número de orden</b> | <b>1. Me gustaría hacerle algunas preguntas relacionadas a la alimentación de su hogar.</b><br><br><b>¿Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que:</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SI .....1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">NO.....2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">N/S.....8</div> </div> |  |  | <b>CÓDIGO</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 1                      | ¿Usted u otra persona de su hogar se ha preocupado por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero u otros recursos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 2                      | Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona de su hogar no haya podido comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero u otros recursos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 3                      | ¿Hubo alguna vez que usted u otra persona de su hogar comió poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 4                      | ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona de su hogar tuvo que dejar de desayunar, almorzar o cenar porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 5                      | Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en que usted u otra persona de su hogar comió menos de lo que pensaba que debía comer por falta de dinero u otros recursos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 6                      | ¿Hubo alguna vez en que su hogar quedó sin alimentos por falta de dinero u otros recursos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 7                      | ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona de su hogar sintió hambre pero no comió porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 8                      | ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona de su hogar dejó de comer todo un día por falta de dinero u otros recursos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |               |

| PERCEPCIÓN SOBRE DESNUTRICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>2. En su opinión, ¿Cuáles son los 5 principales problemas sociales en el Ecuador: (Comience por el de mayor importancia)</b><br><br><div style="list-style-type: none; padding-left: 0;"> 1. Inseguridad?<br/> 2. Pobreza y desigualdad?<br/> 3. Desnutrición Infantil?<br/> 4. Corrupción y mala gobernanza?<br/> 5. Desempleo?<br/> 6. Violencia de género?<br/> 7. Discriminación?<br/> 8. Acceso limitado a servicios de salud?<br/> 9. Acceso limitado a Educación?<br/> 10. Otros?<br/> 88. NS/NR </div> |   |   |   |   | <b>3. De acuerdo a su conocimiento ¿La Desnutrición Crónica Infantil se puede identificar cuando:</b><br><br><div style="list-style-type: none; padding-left: 0;"> 1. La/el niña/o tiene baja estatura (es chiquito comparado a niñas/os de su edad)?<br/> 2. La/el niña/o tiene bajo peso (es muy delgada/o comparado a niñas/os de su edad)?<br/> 3. La/el niña/o tiene anemia?<br/> 4. La/el niña/o tiene sobrepeso?<br/> 8. NS/NR </div> |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   | <b>CÓDIGO</b><br><br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
| A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B | C | D | E |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |

## SECCIÓN 5: ANTROPOMETRÍA (PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS Y SUS MADRES)

|                                                                                                 |                                   |                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Señor/a encuestado/a registre si realizó la medición del <b>PESO</b> y la <b>TALLA</b> de (...) | ¿En qué fecha <b>NACIÓ</b> (...)? | Registre la fecha de la <b>MEDICIÓN</b> de (...) |  |  | El <b>PESO</b> de (...) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Registrar el peso en Kg.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Si la diferencia entre Peso 1 y Peso 2 es mayor a <math>\pm 0.5</math> Kg., realizar la toma del Peso 3</div> |  |  | La <b>LONGITUD</b> de (...) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Registrar la longitud en cm.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">menores de 2 años</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Si la diferencia entre Longitud 1 y Longitud 2 es mayor a <math>\pm 0.5</math> cm., realizar toma de la Longitud 3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN</div> |  |  | La <b>TALLA</b> de (...) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Registrar la talla en cm.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">2 años y más</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Si la diferencia entre Talla 1 y Talla 2 es mayor a <math>\pm 0.5</math> cm., realizar la toma de la Talla 3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN</div> |  |  | Registre la razón por la que no pudo tomar el <b>PESO</b> y la <b>LONGITUD/TALLA</b> de (...)? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente .....1</li> <li>- Enfermo permanente.....2</li> <li>- Enfermo temporal.....3</li> <li>- Rechazo.....4</li> <li>- Persona con discapacidad.....5</li> <li>- No tiene hijos menores de 5 años.....6</li> <li>- Otro, cuál? _____7</li> </ul> |
|                                                                                                 |                                   |                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| COD PER | 1 | 2 |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  | 7 | 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 PRUEBA DE ANEMIA (PARA NIÑOS/AS DE 6 MESES A MENORES DE 5 AÑOS Y MADRES)

COMO PARTE DE ESTE ESTUDIO, ESTAMOS INVESTIGANDO LA PRESENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS/AS DE 6 MESES Y MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES CON HIJOS MENORES DE 5 AÑOS EN NUESTRO PAÍS,

ESTA INVESTIGACIÓN AYUDARÁ A DESARROLLAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ANEMIA, POR TAL MOTIVO, SOLICITAMOS QUE USTED PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS Y A SUS MADRES EN LA PRUEBA DE ANEMIA QUE CONSISTE EN TOMAR UNA GOTA DE SANGRE DEL DEDO DEL NIÑO/A, PRUEBA QUE REALIZAMOS CON EQUIPOS PROBADOS Y GARANTIZADOS; E, INSUMOS SEGUROS Y DESCARTABLES PARA CADA PERSONA.

AHORA POR FAVOR DÍGAME SI ACEPTA QUE EL/LA NIÑO/A SE HAGAN LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA.

| ¿Pregunte por la persona responsable del niño/a de 6 meses a menores de 5 años y registre el número de orden que consta en la ceja o pestaña? |             | LEA LA DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO A LA PERSONA RESPONSABLE DEL MENOR<br>¿Acepta que el niño/a o madre se haga la prueba de hemoglobina?<br><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">SI ..... 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">NO.....2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Pase a P.6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">No tiene hijos menores de 5 años o el niño/a es menor de 6 meses..... 3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a Secc. 7</div> | NIVEL DE HEMOGLOBINA<br><br>(G/LD)                                                                                                          | Hora de la toma de la hemoglobina | Fecha de la medición |     |     | Registre la razón por la que no pudo tomar la hemoglobina de (...)?<br><br><div style="font-size: small;">- Ausente ..... 1</div> <div style="font-size: small;">- Enfermo permanente.. 2</div> <div style="font-size: small;">- Enfermo temporal..... 3</div> <div style="font-size: small;">- Rechazo..... 4</div> <div style="font-size: small;">- Otro, cuál? ..... 5</div> | OBSERVACIONES |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| CÓD. PER. M                                                                                                                                   | CÓD. PER. M |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                             | Hora                              | Min.                 | Día | Mes | AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |  |
| COD PER                                                                                                                                       | 1           | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                                                                                           | 4                                 |                      | 5   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6             |  |
| 01                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 02                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 03                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 04                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 05                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 06                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 07                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 08                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 09                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 10                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 11                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |
| 12                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">. . . .</div> |                                   |                      |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |  |

# SECCIÓN 7: PRUEBA DE E.COLI Y CLORO (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

## AGUA PARA BEBER

1. ¿El agua que usan para **BEBER** en este hogar **PRINCIPALMENTE** proviene de:

|                                        |  |    |
|----------------------------------------|--|----|
| - Red pública?                         |  | 1  |
| - Pila o llave pública?                |  | 2  |
| - Otra fuente por tubería?             |  | 3  |
| - Carro repartidor/ triciclo tanquero? |  | 4  |
| - Agua embotellada /bidones?           |  | 5  |
| - Agua en funda?                       |  | 6  |
| - Pozo entubado/pozo protegido?        |  | 7  |
| - Pozo no protegido?                   |  | 8  |
| - Manantial/vertiente protegida?       |  | 9  |
| - Manantial/vertiente NO protegida?    |  | 10 |
| - Recogen agua de la lluvia?           |  | 11 |
| - Río o acequia?                       |  | 12 |
| - Otra, cuál ?                         |  | 13 |

(Especifique)

Pase a P. 4

2. ¿Dónde se encuentra esa fuente de agua para **BEBER**:

|                                             |  |   |
|---------------------------------------------|--|---|
| - En el interior de la vivienda?            |  | 1 |
| - En el edificio/patio/lote de la vivienda? |  | 2 |
| - En otro lugar?                            |  | 3 |

Pase a Preg. 4

3. ¿Cuánto tiempo se demoran en llegar a la fuente, obtener agua para **BEBER** y regresar?

Minutos.....

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Si no sabe registre 888

4. ¿En las últimas 2 semanas, pudieron obtener las cantidades necesarias de **AGUA PARA BEBER**?

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| - Si.....      |  | 1 |
| - No.....      |  | 2 |
| - No sabe..... |  | 3 |

5. ¿Podría darme un vaso con agua que los miembros del hogar **BEBEN** habitualmente?

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

Pase a P. 10

6. Fecha y hora de toma de la Muestra del **VASO**:

|     |     |       |    |    |
|-----|-----|-------|----|----|
| DÍA | MES | AÑO   | HH | MM |
|     |     | 2 0 2 |    |    |

7. **ENCUESTADOR/A:** Solicite el ingreso para observar de dónde tomó el vaso de agua:

|                                              |  |   |
|----------------------------------------------|--|---|
| - Se recolectó directamente de la fuente.... |  | 1 |
| - De un contenedor cubierto.....             |  | 2 |
| - De un contenedor descubierto.....          |  | 3 |
| - No pudo Ingresar/observar.....             |  | 4 |

Identifique y tome la muestra de agua de la fuente

8. **ENCUESTADOR/A** verifique si en las preguntas 1 respondieron las alternativas 1 a la 6

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

Pase a P. 10

## PRUEBA DE CLORO DEL VASO

9. Registre el resultado de la prueba de Cloro

|  |  |  |  |      |
|--|--|--|--|------|
|  |  |  |  | Mg/l |
|--|--|--|--|------|

9a. ¿La muestra se pintó de color rosa?

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

10. **ENCUESTADOR/A:** Tiene muestra de:

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| - Solo vaso.....     |  | 1 |
| - Solo fuente.....   |  | 2 |
| - Vaso y fuente..... |  | 3 |
| - Ninguna.....       |  | 4 |

Pase a P. 14

Pase a P. 23

Si aún no tiene la muestra, identifique y tome la muestra de agua de la fuente

11. Fecha y hora de toma de la Muestra de la **FUENTE**:

|     |     |       |    |    |
|-----|-----|-------|----|----|
| DÍA | MES | AÑO   | HH | MM |
|     |     | 2 0 2 |    |    |

12. **ENCUESTADOR/A** verifique si en las preguntas 1 respondieron las alternativas 1 a la 6

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

Pase a P. 14

## PRUEBA DE CLORO DE LA FUENTE

13. Registre el resultado de la prueba de Cloro

|  |  |  |  |      |
|--|--|--|--|------|
|  |  |  |  | Mg/l |
|--|--|--|--|------|

13a. La muestra se pintó de color rosa?

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

**SEÑOR ENCUESTADOR/A** sí en la pregunta 10 registra solo fuente alternativa 2, pase a la Preg. 18  
**PRUEBA E.COLI DEL VASO**

14. **INCUBACIÓN VASO**

Fecha/hora inicio:

|     |     |       |    |    |
|-----|-----|-------|----|----|
| DÍA | MES | AÑO   | HH | MM |
|     |     | 2 0 2 |    |    |

Fecha/hora final:

|     |     |       |    |    |
|-----|-----|-------|----|----|
| DÍA | MES | AÑO   | HH | MM |
|     |     | 2 0 2 |    |    |

TOTAL HORAS

15. ¿Es posible leer el resultado?

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

Pase a Preg. 17

16. ¿Conteo de colonias azules prueba?

Si es más de 101 colonias registre 101

17. Método de incubación que utilizó:

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| - Canguro e incubadora eléctrica..... |  | 1 |
| - Canguro.....                        |  | 2 |

18. **ENCUESTADOR/A:** (En la pregunta 10 están marcados código 2 o 3)

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

Pase a P. 23

## PRUEBA E.COLI DE LA FUENTE

19. **INCUBACIÓN FUENTE**

Fecha/hora inicio:

|     |     |       |    |    |
|-----|-----|-------|----|----|
| DÍA | MES | AÑO   | HH | MM |
|     |     | 2 0 2 |    |    |

Fecha/hora final :

|     |     |       |    |    |
|-----|-----|-------|----|----|
| DÍA | MES | AÑO   | HH | MM |
|     |     | 2 0 2 |    |    |

TOTAL HORAS

20. ¿Es posible leer el resultado?

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| SI....1 |  | NO...2 |  |
|---------|--|--------|--|

Pase a Preg. 22

21. ¿Conteo de colonias azules prueba?

Si es más de 101 colonias registre 101

22. Método de incubación que utilizó:

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| - Canguro e incubadora eléctrica..... |  | 1 |
| - Canguro.....                        |  | 2 |

23. ¿Principalmente, el agua que **BEBEN** los miembros del hogar:

|                                                                              |  |   |
|------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| - La beben tal como llega al hogar?.....                                     |  | 1 |
| - Le ponen cloro? .....                                                      |  | 2 |
| - La hierven?.....                                                           |  | 3 |
| - Colocan filtros de agua en el grifo o utilizan purificadores de agua?..... |  | 4 |
| - Otro tratamiento?.....                                                     |  | 5 |
| - No sabe.....                                                               |  | 6 |

## SECCIÓN 7: PRUEBA DE E.COLI Y CLORO (REPRESENTANTE DEL HOGAR O CÓNYUGE)

### PRUEBA DE CONTROL

24. ¿Este hogar tiene prueba de control?

|        |  |        |  |                |
|--------|--|--------|--|----------------|
| SI...1 |  | NO...2 |  | Fin<br>Form. 1 |
|--------|--|--------|--|----------------|

25. INCUBACIÓN

Fecha/hora inicio:

|     |     |     |    |    |
|-----|-----|-----|----|----|
| DÍA | MES | AÑO | HH | MM |
| 2   | 0   | 2   |    |    |

Fecha/hora final:

|     |     |     |    |    |
|-----|-----|-----|----|----|
| DÍA | MES | AÑO | HH | MM |
| 2   | 0   | 2   |    |    |

TOTAL HORAS

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

26. ¿Es posible leer el resultado?

|        |  |        |  |                    |
|--------|--|--------|--|--------------------|
| SI...1 |  | NO...2 |  | Pase a<br>Preg. 28 |
|--------|--|--------|--|--------------------|

27. ¿Conteo de colonias azules prueba?

Si es más de 101  
colonias registre 101

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

28. Método de incubación que utilizó:

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| - Canguro e incubadora eléctrica..... |  | 1 |
| - Canguro.....                        |  | 2 |

### OBSERVACIONES