CUESTIONARIO PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Estado _____|___|___| Municipio _____|___|___|___|

Localidad _____|___|___|___|___|

AGEB |___|___|___| - |___| Manzana |___|___| Segmento |___|___| Vivienda |___|___| Hogar |___| de |___|

NÚMERO DE VISITA	1	2	3	4
FECHA	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				
CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|
HORA DE INICIO	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos
HORA DE TÉRMINO	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos
RESULTADO *	|____|____|	|____|____|	|____|____|	|____|____|

**** CÓDIGO DE RESULTADO***

INFORMANTE ADECUADO 1/:

1. Entrevista completa
2. Entrevista incompleta (anote en observaciones)
3. Ausente temporal
4. Ausente en el momento de la visita
5. Cita / Aplazada
6. Se negó a dar información

HOGAR:

7. Nadie en casa
8. Informante inadecuado 2/
9. Otros (anote en observaciones)

NOTA 1/ *Los códigos 1 a 6 identifican el resultado de contactar al informante adecuado para responder al cuestionario. Los códigos 7 y 8 corresponden al resultado de las visitas al hogar.*

NOTA 2/ *El código 8 (Informante inadecuado) se utiliza cuando al momento de hacer la visita a la vivienda no se logra contactar a un miembro del hogar que proporcione la información necesaria. Esto es, se encuentra a menores de 18 años, empleados domésticos, visitantes del hogar o personas impedidas física o mentalmente, incluyendo a personas en estado de ebriedad.*

ENTREVISTADOR: ✓ ***RECUERDE QUE LOS CODIGOS 5 (CITA) Y 8 (INFORMANTE INADECUADO) NO PUEDEN REGISTRARSE COMO CÓDIGOS FINALES.***

✓ ***EN CASO DE REGISTRAR LOS CÓDIGOS DE RESULTADO 2 A 9, ESPECIFIQUE EN "OBSERVACIONES"***

OBSERVACIONES _____

_____

¿De quién se solicita información?_____ **Edad** |___|___| **Número de Renglón** |___|___|

Nombre de la persona que proporcionó la información_____ **Número de Renglón** |___|___|

Relación de parentesco de la persona que proporcionó la información con el menor_____

ENTREVISTADOR: RECUERDE QUE EL INFORMANTE ADECUADO ES EL JEFE O LA JEFA DEL HOGAR CON O SIN LA PRESENCIA DEL MENOR, O BIEN, UNA PERSONA ENCARGADA DEL MENOR MAYOR DE 18 AÑOS Y QUE CONOZCA LA INFORMACIÓN.

SUPERVISADO POR: _____|____|____|____|____|

FECHA: |____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año* Tipo de supervisión: 1. DIRECTA 2. POSTERIOR

EL SIGUIENTE ESPACIO ES EXCLUSIVO PARA GABINETE:		REVISIÓN EN CAMPO	REVISIÓN EN GABINETE	CAPTURADO POR
	NOMBRE			
	NÚMERO	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|
	FECHA	|____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año*	|____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año*	|____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año*

INSTRUCCIONES GENERALES DE LLENADO DEL CUESTIONARIO.

1. Lea textualmente las preguntas

2. Llene todos los campos del cuestionario al momento de la entrevista.

3. Escriba con tinta azul, si necesita corregir no raye ni borre, sólo trace dos líneas horizontales sobre la respuesta incorrecta.

4. Registre la nueva respuesta a un lado de la que anuló, ya sea escribiendo textualmente la respuesta o circulando el código correspondiente.

5. En las preguntas con opciones, registre un solo código, excepto donde se indique que se acepta más de una respuesta.

6. Cuando anote un número, hágalo en los espacios destinados para ello, cuide que sean claros para que no aparenten otro número que pudiera alterar la respuesta.

7. Al anotar respuestas textuales, escríbalas con letra legible, de preferencia en mayúsculas y con letra de molde, no use abreviaturas.

OBSERVACIONES _____

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES MENORES DE 12 AÑOS

1.01 Durante los meses de _____ a _____, ¿**(NOMBRE)** recibió dinero porque... … tiene una beca? … alguna persona no integrante del hogar le da una pensión para alimentación o para estudios?. … le envían dinero de otro estado o país?	SI . . . . . .1 NO. 2	➔ **CONTINÚE** ➔ **PASE A 1.03**

1.02 (NOMBRE) recibió algún ingreso como:

- ✓ ***LEA CADA CONCEPTO Y REGISTRE RESPUESTA.***
- ✓ ***PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA PREGUNTE POR EL INGRESO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SOLICITE EL INGRESO DE CADA MES***

ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|

CLAVE	CONCEPTO	SI	NO	ANOTE CANTIDAD EN PESOS					
P032	Pensiones originadas dentro del país	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P033	Pensiones provenientes de otros países	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P037	Becas provenientes de instituciones privadas o de organismos no gubernamentales	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P038	Becas provenientes del gobierno	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P039	Donativos provenientes de organizaciones no gubernamentales	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P040	Donativos provenientes de otros hogares	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P041	Ingresos provenientes de otros países	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P042	Beneficio de OPORTUNIDADES	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P045	Beneficios de otros programas sociales (**ESPECIFIQUE**) _____	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P0___	Otros ingresos por transferencias no considerados anteriormente (**ESPECIFIQUE**) _____	1	2	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

1.03 ¿Qué edad tiene (**NOMBRE**)?	I___I___I AÑOS	
1.04 FILTRO: ¿EL MENOR TIENE ENTRE 5 Y 11 AÑOS (PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR)?	**SI. . . . . .1** **NO. 2**	**➔ CONTINÚE** **➔ PASE A 2.01 (SERVICIOS DE SALUD)**

1.05 Durante los meses de _____ a _____, ¿(**NOMBRE**) recibió algún pago porque…

REGISTRE UN CÓDIGO

SI. . . . . .1 ➔ ***REGISTRE INGRESO***

NO. . . . . .2 ➔ ***PASE A 2.01***

NR. . . . . .9 ➔ ***PASE A 2.01***

ZONA URBANA

… vendió dulces, botes de aluminio o cualquier otro producto por su cuenta?.

… fue a cortar el pasto de varios vecinos?

… ayudó en una tienda, taller o en el supermercado y le pagaron?

… ayudó realizando mandados o quehaceres en una sola casa?

ZONA RURAL

… cuidó vacas, chivos, puercos, gallinas o realizó labores en el campo para varios patrones?.

... cortó o recolectó, leña, flores, frutos o capturó animales como peces, pájaros, víboras para venderlos por su cuenta?

… ayudó cuidando animales o realizando labores del campo para un solo patrón?

… ayudó en una tienda o en un taller haciendo artesanías?

CLAVE	CONCEPTO	ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA					
		INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
		_____ |___|___|	_____ |___|___|	_____ |___|___|	_____ |___|___|	_____ |___|___|	_____ |___|___|
		ANOTE CANTIDAD EN PESOS					
P063	Ingreso por trabajo	I___I___I,I___I___I___I	I___I___I,I___I___I___I	I___I___I,I___I___I___I	I___I___I,I___I___I___I	I___I___I,I___I___I___I	I___I___I,I___I___I___I

SECCIÓN II. SERVICIOS DE SALUD

Ahora continuaremos con preguntas relacionadas a los servicios médicos y al estado de salud de (**NOMBRE**)

2.01 ¿Cuenta (**NOMBRE**) con acta de nacimiento?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	**➔ PASE A 2.03**
2.02 ¿Por qué no cuenta con acta de nacimiento?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** POR FALTA DE DINERO PARA IR AL REGISTRO CIVIL . . . 1 PORQUE NO HAY OFICINAS DEL REGISTRO CIVIL EN SU COMUNIDAD.. . . . . 2 PORQUE LAS OFICINAS DEL REGISTRO CIVIL QUEDAN LEJOS... . . . . 3 PORQUE DESCONOCE LAS VENTAJAS DE TENER UN ACTA... . . . . .4 POR DESIDIA O FALTA DE TIEMPO. . . . . ..5 ESTÁ EN TRÁMITE . . . . . .6 OTRO. . . . . .7 NR. 9	
2.03 Actualmente,¿ **(NOMBRE)** se encuentra inscrito(a) al Seguro Popular?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	

2.04 Actualmente, ¿**(NOMBRE)** se encuentra inscrito(a) para recibir atención médica por parte de alguna institución?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔ **PASE A 2.07** ➔ **PASE A 2.07**
2.05 ¿(**NOMBRE**) está inscrito(a) en…	**LEA Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** el IMSS?. . . . . 1 el ISSSTE?. . . . . 2 PEMEX, la Defensa o Marina?. . . . . .3 Seguro privado de gastos médicos? . . . . . .4 el Seguro médico para una nueva generación? . . . . . .5 Otro (**ESPECIFIQUE**)_____ . . .6 NR. 9	
2.06 ¿(**NOMBRE**) está inscrito(a) por… **LEA Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	algún familiar en el hogar? . . . . . 1 muerte del asegurado? . . . . . 2 algún familiar de otro hogar?. . . . . 3 algún programa de gobierno?. . . . . 4 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	
2.07 Cuando (**NOMBRE**) tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende generalmente?	**LEA Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** Centros de Salud (Secretaría de Salud) . . . . . 01 Hospital o instituto (Secretaría de salud). . . . . 02 Consultorios de farmacia . . . . . 03 Farmacias . . . . . 04 Otros consultorios privados. . . . . .05 Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etc . . . . . 06 Le compran medicamentos. . . . . 07 Consulta a sus familiares, amigos, vecinos. . . . . 08 Seguro Social o IMSS . . . . . 09 IMSS-OPORTUNIDADES. . . . . 10 ISSSTE . . . . . 11 Otro servicio médico público (PEMEX, DEFENSA, MARINA, DIF, GDF). . . . . 12 No ha tenido la necesidad. . . . . 13 Otro (**ESPECIFIQUE**)_____ . .14 NR. 99	

2.08 En los últimos doce meses ¿le han diagnosticado a (**NOMBRE**) alguna de las siguientes enfermedades?

MUESTRE TARJETA 1 Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS

Bronquitis crónica o enfisema. . . . . .01 Cáncer, leucemia o tumores malignos. . .. .02 Tuberculosis. . . . . 03 Enfermedades del corazón. . . . . ..04 Fiebre reumática. . . . . ..05 Asma. . . . . .06 VIH/SIDA. . . . . 07 Diabetes. 08	Hipertensión arterial. . . . . 09 Artritis. . . . . 10 Enfermedades renales. . . . . 11 Obesidad . . . . . 12 Otra_____ 77 NINGUNA DE LAS ANTERIORES. . . . . .78 NR. 99	 ➔ **PASE A 2.10** ➔ **PASE A 2.10**
2.09 ¿En los últimos doce meses ha tenido (**NOMBRE**) algún control, crisis o recaída debido a esta (s) enfermedad (es)?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	➔ **PASE A 2.12**

2.10 En los últimos doce meses (**NOMBRE**) se ha enfermado o ha padecido de…

MUESTRE TARJETA 2 Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS

infecciones respiratorias (tos, catarro, neumonía)?. . . . . 13 infección de oído?. . . . . .14 conjuntivitis?. . . . . ..15 diarrea?. . . . . .16 infección de vías urinarias?. . . . . 17 parasitosis intestinal?. . . . . 18 dolor de cabeza sin otra manifestación?. . . . . .19 fiebre sin otra manifestación?. . . . . .20 varicela, rubéola, escarlatina, sarampión ?. . . . . 21 gastritis o úlcera gástrica?. . . . . .22 colitis? . . . . . .23 hepatitis? . . . . . 24 embolia o derrame cerebral? 25	alergias? . . . . . 26 problemas de la piel?. . . . . 27 enfermedad buco dental? . . . . . 28 paludismo?. . . . . 29 dengue?. . . . . 30 intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña?. . . . . 31 lesión física por accidente?. . . . . 32 lesión física por agresión? . . . . . .33 susto, empacho, mal de ojo o aire?. . . . . 34 caída de mollera? . . . . . 35 otro problema?_____ 77 NINGUNO. . . . . .78 NR 99

2.11 FILTRO: ¿EL INFORMANTE SEÑALÓ AL MENOS UN PROBLEMA DE SALUD?	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	 ➔ **PASE A 2.47**
ENCUESTADOR: SI EL ENTREVISTADO SÓLO MENCIONÓ UN PROBLEMA DE SALUD, REGISTRE Y PASE A 2.13, SI MENCIONÓ MÁS DE UNO, CONTINÚE: **2.12** De los problemas de salud que me mencionó, ¿cuál es el más importante que tuvo (**NOMBRE**) durante los últimos doce meses?	**PROBLEMA DE SALUD No. 1** _____|____|____| **ANOTE No. DE CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENCIONADO EN PREGUNTAS 2.08 Ó 2.10**	

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre (**MENCIONE PROBLEMA DE SALUD REGISTRADO EN 2.12**)

2.13 Cuando (**NOMBRE**) tuvo este problema de salud, ¿se atendió con un médico… **LEA Y CIRCULE UN CÓDIGO**	siempre? . . . . . 1 casi siempre?. . . . . 2 algunas veces? . . . . . 3 nunca?. . . . . 4 NR 9	➔**PASE A 2.16** ➔**PASE A 2.16** ➔**PASE A 2.16** ➔ **CONTINUE**

2.14 Entonces, ¿(**NOMBRE**) se atendió…

LEA OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES	**SI**	**NO**	**NR**
01. con un homeópata?	1	2	9
02. con una enfermera?	1	2	9
03. en una farmacia?	1	2	9
04. con un acupunturista?	1	2	9
05. con un hierbero?	1	2	9
06. con un huesero?	1	2	9
07. con una partera?	1	2	9
08. con un naturista?	1	2	9
09. con un curandero, chamán, brujo(a)?	1	2	9
10. le compraron medicamentos?	1	2	9
11. con remedios caseros?	1	2	9
12. con algún otro?	1	2	9

2.15 ¿Cuál es el motivo principal por el que (**NOMBRE**) no se atendió con un médico?

ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO

ES CARO. 01
NO TENÍAN DINERO. 02
LA UNIDAD MÉDICA, CLÍNICA U HOSPITAL QUEDA LEJOS. 03
NO LO (LA) ATIENDEN AUNQUE VAYA A LA UNIDAD MÉDICA. 04
NO LE TIENEN CONFIANZA (NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS). 05
LOS (LAS) TRATAN MAL. 06
NO HABLAN LA MISMA LENGUA QUE USTED. 07
NO ERA NECESARIO, NO ERA GRAVE O LE DIO POCA IMPORTANCIA. 08
HAY QUE ESPERAR MUCHO PARA SER ATENDIDO (A). 09
NO LE DAN EL MEDICAMENTO QUE NECESITA. 10
NO TUVIERON TIEMPO. 11
LA UNIDAD MÉDICA NO ESTABA ABIERTA. 12
LE DIERON UNA CITA HASTA MUCHO TIEMPO DESPUÉS 13
NO HABÍA MÉDICO EN LA UNIDAD. 14
SE LO IMPIDIÓ UN INTEGRANTE DE SU HOGAR. 15
LE COMPRARON MEDICAMENTOS. 16
OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ . . 17
NO SABE. 98
NR. 99

PASE A 2.47

2.16 En alguna de esas ocasiones ¿(**NOMBRE**) se atendió en un servicio público de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, MARINA, ETC.)?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	➔ **PASE A 2.20**
2.17 ¿Por qué razón no se atendió (**NOMBRE**) en un servicio público?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** NUNCA SE ATIENDEN EN UN SERVICIO PÚBLICO. . . . . .01 TIENE UN SEGURO PRIVADO. . . . . 02 POR LA MALA **CALIDAD** DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS. . . . . 03 POR LA MALA **ATENCIÓN** DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS. . . . . 04 PORQUE EL TIEMPO DE ESPERA ES MUCHO. . . . . 05 FUERON PERO NO LO/LA ATENDIERON. . . . . 06 PORQUE ESTÁ MUY LEJOS. . . . . 07 PORQUE ES DIFÍCIL CONSEGUIR UNA CITA. . . . . 08 NO HAY MÉDICO O ESPECIALISTA. . . . . .09 NO ESTÁ AFILIADO. . . . . 10 NO QUISO, NO LE GUSTA . . . . . 11 SE ATENDIÓ EN UN SERVICIO PRIVADO. . . . . 12 NO TENÍA TIEMPO . . . . . 13 NO ERA GRAVE . . . . . 14 OTRO (**ESPECIFIQUE**)_____ 15 NR. 99	
2.18 ¿En alguna de las ocasiones en que (**NOMBRE**) se atendió en un servicio de salud privado tuvieron que pedir prestado para cubrir los gastos? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
2.19 En alguna de esas ocasiones ¿le sucedió que no pudieron obtener los medicamentos para (**NOMBRE**) o hacerle los exámenes, pagar el hospital u otros servicios por falta de dinero? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . .1 NO. . . . . .2 NR. 9	➔**PASE A 2.47** ➔**PASE A 2.47** ➔**PASE A 2.47**
2.20 ¿En qué institución/es públicas se ha atendido (**NOMBRE**) la mayoría de las veces por ese problema de salud?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE EL O LOS CÓDIGOS INDICADOS** IMSS . . . . . 01 IMSS-OPORTUNIDADES. . . . . 02 ISSSTE . . . . . 03 PEMEX, DEFENSA O MARINA . . . . . 04 Instituto u hospital de la Secretaría de Salud (SSA). . . . . .05 Centros de Salud. . . . . 06 Otra institución(**ESPECIFIQUE**)_____ . . .07 NR. 99	
2.21 ¿Cuál de los siguientes servicios ha utilizado (**NOMBRE**)?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE EL O LOS CÓDIGOS INDICADOS** Consulta general. . . . . 1 Consulta con especialista. . . . . .2 Hospitalización. . . . . 3 Rehabilitación . . . . . 4 Otro. . . . . 5 NR. 9	

2.22 En general ¿cómo calificaría la calidad de la atención que recibió (**NOMBRE**) en las clínicas y hospitales públicos cuando se atendió por este problema de salud?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** Muy buena. . . . . 1 Buena. . . . . 2 Mala. . . . . 3 Muy mala. . . . . 4 REGULAR **(ESPONTÁNEA)** . . . . . 5 NR 9	
2.23 ¿Le recetaron algún medicamento a (**NOMBRE**)? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔ **PASE A 2.32** ➔ **PASE A 2.32**
2.24 De los medicamentos que le recetaron a (**NOMBRE**), ¿la institución le dio…	**LEA Y CIRCULE UN CÓDIGO** todos? . . . . . 1 casi todos? . . . . . 2 algunos? . . . . . 3 ninguno? . . . . . 4 NR 9	 **PASE A 2.26**
2.25 ¿Tuvieron que pagar por alguno de ellos? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 ↳ **2.25.1** ¿Cuánto tuvieron que pagar? $l__l __l __l,l__l __l __l NO. . . . . 2 NR. 9	 **PASE A 2.32**
2.26 ¿Pudieron conseguir todos los medicamentos que no le dio la institución? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	➔ **PASE A 2.28**
2.27 ¿Lograron conseguir al menos uno de los medicamentos que no le dio la institución?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔ **PASE A 2.31** ➔ **PASE A 2.31**
2.28 ¿Qué tuvieron que hacer para conseguir los medicamentos que le recetaron a (**NOMBRE**) y que no le dio la institución?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** LOS COMPRARON CON SU DINERO . . . . . 1 LES PRESTARON DINERO PARA PAGARLOS. . . . . 2 UN FAMILIAR O AMIGO/A SE LOS DIO. . . . . 3 SE LOS REGALARON OTRAS PERSONAS. . . . . 4 OTRO (**ESPECIFIQUE**):_____ 5 NR. 9	 **PASE A 2.30**

2.29 En los últimos doce meses, ¿Cuánto pagaron en total por los medicamentos de (**NOMBRE**)? **ESCUCHE Y ANOTE LA CANTIDAD**	$I__I __I __I, I__I __ I__I NR. 999999	
2.30 FILTRO: ENCUESTADOR, ¿CONSIGUIERON TODOS LOS MEDICAMENTOS? **VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 2.26**	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	**➔ PASE A 2.32**
2.31 ¿Por qué motivo no pudieron conseguir todos los medicamentos?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** NO LOS PUDO PAGAR. . . . . 1 NO LOS PUDO ENCONTRAR . . . . . 2 NO CONSIDERÓ QUE TODOS FUERAN NECESARIOS. . . . . 3 SE SINTIÓ MEJOR. . . . . 4 YA TENÍA ALGUNOS EN CASA. . . . . 5 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ 6 NR. 9	
2.32 ¿Le pidieron hacerle a (**NOMBRE**) algún examen o prueba de laboratorio? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI . . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔ PASE A 2.42** **➔ PASE A 2.42**
2.33 De los exámenes o pruebas de laboratorio que les pidieron hacerle a (**NOMBRE**), ¿la institución le hizo…	**LEA Y CIRCULE UN CÓDIGO** todos?. . . . . .1 casi todos? . . . . . .2 algunos? . . . . . 3 ninguno? . . . . . 4 NR 9	 **PASE A 2.35**
2.34 ¿Les cobraron por alguno de los exámenes o pruebas de laboratorio que tuvieron que hacerle a (**NOMBRE**)? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 ↳ **2.34.1** ¿Cuánto tuvieron que pagar? $I__I __I __I, I__I __I __I NO. . . . . 2 NR. 9	**PASE A 2.41**
2.35 ¿Consiguieron hacerle a (**NOMBRE**) todos los exámenes o pruebas de laboratorio que no le hizo la institución?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	**➔ PASE A 2.37**
2.36 ¿Consiguieron hacerle a (**NOMBRE**) al menos uno de los exámenes o pruebas de laboratorio que no le hizo la institución?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔ PASE A 2.40** **➔ PASE A 2.40**

2.37 ¿Qué tuvieron que hacer para lograr hacerle los exámenes o pruebas de laboratorio que no le hizo la institución?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** PAGARON POR ELLOS CON SU DINERO. . . . . .1 LES PRESTARON DINERO PARA PAGARLOS. . . . . .. 2 UN FAMILIAR LE AYUDÓ A CONSEGUIRLOS (SIN PAGO) . . . . . 3 OTRA PERSONA LE AYUDÓ A CONSEGUIRLOS (SIN PAGO) . . . . .4 OTRO (**ESPECIFIQUE**):_____ 5 NR. 9	**PASE A 2.39**
2.38 En los últimos doce meses, ¿Cuánto pagaron en total por los exámenes y/o pruebas de laboratorio? **ESCUCHE Y ANOTE LA CANTIDAD**	$I__I __I __I, I__I __ I__I NR. 999999	
2.39 FILTRO: ENCUESTADOR¿CONSIGUIERON HACERLE TODOS LOS EXÁMENES O PRUEBAS DE LABORATORIO A (NOMBRE)? **VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 2.35**	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	**➔ PASE A 2.41**
2.40 ¿Por qué motivo no pudieron conseguir todos los exámenes o pruebas de laboratorio para (**NOMBRE**)?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** NO LOS PUDIERON PAGAR. . . . . .1 NO ENCONTRARON DÓNDE HACERLOS. . . . . 2 NO CONSIDERARON QUE TODOS FUERAN NECESARIOS. . . . . .3 SE SINTIÓ MEJOR . . . . .4 OTRO (**ESPECIFIQUE**)_____ . .5 NR. 9	
2.41 ¿Durante los exámenes o pruebas de laboratorio que le hizo la institución pública a (**NOMBRE**), lo (la) trataron con respeto…	**LEA Y CIRCULE UN CÓDIGO** siempre? . . . . 1 casi siempre?. . . . . 2 algunas veces? . . . . 3 nunca?. . . . . 4 LA INSTITUCIÓN NO LE HIZO NINGUNO. . . . . .5 NR. 9	
2.42 ¿Les cobraron alguna cuota por material médico como gasa, inyecciones, vendas, etc.? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 ↳ **2.42.1** ¿Cuánto tuvieron que pagar? $I__I __I __I, I__I __I __I NO. . . . . 2 NR. 9	
2.43 ¿Les cobraron alguna cuota por algún otro servicio? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	SI. . . . . 1 ↳ **2.43.1** ¿Cuánto tuvieron que pagar? $I__I __I __I, I__I __I __I NO. . . . . 2 NR. 9	

2.44 ¿Alguna vez la institución donde se atiende generalmente (**NOMBRE**) les pidió llevar medicamentos o material médico para su tratamiento?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
2.45 ¿Alguna vez les pidieron llevar donadores de sangre, para seguir o darle tratamiento a (**NOMBRE**) por su problema de salud?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
2.46 ¿Usted cree que el equipamiento (médicos, medicinas, aparatos) para el tratamiento de (**NOMBRE**) es o era …	**LEA Y CIRCULE UN CÓDIGO** muy adecuado? . . . . . 1 adecuado?. . . . . 2 inadecuado? . . . . . 3 muy inadecuado? . . . . . 4 NI ADECUADO, NI INADECUADO **(ESPONTÁNEA)**. . . . . .5 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	
2.47 ¿(**NOMBRE**) ha sido vacunado(a) alguna vez en su vida?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
2.48 En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera ha pesado o medido a (**NOMBRE**)?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
SECCIÓN III. CUIDADO DE MENORES		
3.01 FILTRO: ¿EL MENOR TIENE 6 O MÁS AÑOS?	**SI. . . . . .1** **NO. 2**	**➔ FINALICE ENTREVISTA**
3.02 ¿Asiste **(NOMBRE)** a una estancia o guardería infantil?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔ PASE A 3.12** **➔ PASE A 3.12**
3.03 ¿La guardería a la que asiste **(NOMBRE)** recibe apoyo del gobierno?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	
3.04 ¿Les cobran alguna cuota en esa guardería?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	 **➔ PASE A 3.06** **➔ PASE A 3.06** **➔ PASE A 3.06**

3.05 ¿Cuánto pagan por la guardería de **(NOMBRE)?**	**ESCUCHE Y ANOTE CANTIDAD Y PERIODO** CANTIDAD $ I___I___I, I___I___I___I. . . . . 1 ↳ **3.05.1** (PERIODO): DIARIO . . . . . 1 SEMANAL. . . . . 2 QUINCENAL. . . . . 3 MENSUAL. . . . . 4 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	
3.06 ¿Cuánto pagan por inscripción al año? **ESCUCHE Y ANOTE LA CANTIDAD**	$ I___I___I, I___I___I___I. . . . . 1 NO LE COBRAN INSCRIPCIÓN ANUAL. . . . . .2 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	
3.07 ¿Generalmente quién se encarga de llevar a (**NOMBRE**) a la guardería? **ENCUESTADOR: PREGUNTE POR EL PARENTESCO DE LA PERSONA CON RESPECTO AL MENOR**	**ESCUCHE Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** LA PERSONA QUE ESTÁ DANDO LA INFORMACIÓN. . . . . .01 EL PADRE. . . . . .02 LA MADRE. . . . . 03 ABUELO (A) . . . . . 04 HERMANO(A). . . . . .05 TÍO (A) . . . . . 06 VECINO(A) O AMIGO(A). . . . . .07 PERSONA DE SERVICIO DOMÉSTICO. . . . . 08 OTRA PERSONA . . . . . .09 NO SABE. . . . . .98 NR. 99	
3.08 ¿Aproximadamente, cuánto tiempo le toma llegar a la guardería?	HORAS. . . . . I___I___I MINUTOS. . . . . I___I___I NO SABE. . . . . 98 NR. 99	
3.09 Generalmente ¿qué medio de transporte utilizan para ir a la guardería?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** PESERO, MICROBÚS O AUTOBÚS. . . . . 01 METRO. . . . . 02 AUTO PARTICULAR . . . . . 03 TAXI. . . . . .04 BICICLETA. . . . . 05 MOTOCICLETA. . . . . 06 LANCHA, FERRY O BARCO . . . . . 07 CARRETA, CABALLO U OTRO MEDIO DE TRACCIÓN ANIMAL . . . 08 CAMINANDO. . . . . 09 OTRO . . . . . .10 NR 99	

3.10 La guardería a la que acude (NOMBRE) está cerca de su casa?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** SI. . . . . .1 NO. . . . . .2 NR. 9	
3.11 ¿Considera que los horarios de la guardería son…	**LEA Y CIRCULE UN CÓDIGO** Muy adecuados?. . . . . 1 Adecuados?. . . . . 2 Inadecuados?. . . . . .3 Muy inadecuados?. . . . . 4 NI ADECUADOS, NI INADECUADOS **(ESPONTÁNEA)** . . . . . .5 NR. 9	**FINALICE ENTREVISTA**
3.12 ¿Alguna vez han pensado en llevar a **(NOMBRE)** a una guardería o estancia infantil?	SI. . . . . .1 NO. . . . . .2 NR. 9	➔ **PASE A 3.14** ➔ **PASE A 3.14**
3.13 ¿Por qué no lo han hecho?	**ESCUCHE Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES** LO ESTÁN TRAMITANDO. . . . . 1 ES CARO. . . . . 2 LA GUARDERÍA QUEDA LEJOS DE CASA O TRABAJO . . . . . 3 LOS HORARIOS NO SON ADECUADOS. . . . . 4 TIENE QUIÉN LO/LA CUIDE. . . . . .5 ES MEJOR QUE LA FAMILIA LO/LA CUIDE. . . . . 6 INSEGURIDAD DE GUARDERÍAS. . . . . 7 OTRO (**ESPECIFIQUE**)_____ ..8 NR. 9	
3.14 Generalmente ¿quién se encarga del cuidado de (**NOMBRE**) durante la semana? **ENCUESTADOR: PREGUNTE POR EL PARENTESCO DE LA PERSONA CON RESPECTO AL MENOR**	**ESCUCHE Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES** LA PERSONA QUE ESTÁ DANDO LA INFORMACIÓN. . . . . 01 EL PADRE. . . . . 02 LA MADRE. . . . . .03 ABUELO (A) . . . . . .04 HERMANO(A). . . . . 05 TÍO (A) . . . . . .06 OTRO FAMILIAR . . . . . .07 VECINO(A) O AMIGO(A). 08	

	PERSONA DE SERVICIO DOMÉSTICO. . . . . .09 OTRA PERSONA . . . . 10 NO SABE. . . . . 98 NR. 99	
3.15 Quien cuida generalmente a (**NOMBRE**) durante la semana, ¿lo hace dentro o fuera de esta vivienda? **ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO**	DENTRO DE LA VIVIENDA. . . . . 1 FUERA DE LA VIVIENDA. . . . . .2 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	

ENTREVISTADOR(A):

SI AÚN FALTAN INTEGRANTES DEL HOGAR POR ENTREVISTAR ➔ SOLICITE ENTREVISTAR A OTRO DE ELLOS LLENANDO EL CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE

SI YA ENTREVISTÓ A TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR ➔ TERMINE LA ENTREVISTA

AGRADEZCA Y TERMINE
REGRESE A LA CARATULA PARA ANOTAR LA HORA DE TERMINO

Yo entrevistador _____, declaro que seguí todas las indicaciones metodológicas para la selección de la muestra y que toda la información contenida en este cuestionario es verídica. Acepto que si existe algún dato falso en él, se tomen las medidas legales pertinentes.

FIRMA DEL ENTREVISTADOR _____ FECHA DE ENTREVISTA |___|___|-|___|___|-|2|0|__|__|
Día *Mes* *Año*

		SUPERVISIÓN DIRECTA	SUPERVISIÓN DE REGRESO	SUPERVISIÓN DE CAMPO	SUPERVISIÓN OCULTA
EXCLUSIVO PARA SUPERVISIÓN EXTERNA	NOMBRE / FIRMA				
	NÚMERO	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|
	FECHA	|___|___| |___|___| 20__ *Día* *Mes* *Año*	|___|___| |___|___| -20__ *Día* *Mes* *Año*	|___|___| |___|___| 20__ *Día* *Mes* *Año*	|___|___| |___|___| 20__ *Día* *Mes* *Año*