

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1998

ENDSA 98

CUESTIONARIO DE HOGAR

IDENTIFICACION

--	--	--	--

--	--	--

PAQUETE

VIVIENDA

<p><b>DIRECCION DE LA VIVIENDA:</b></p> <p>a) AREA URBANA:</p> <p>CALLE _____ No _____</p> <p>PISO _____ DEPTO _____</p> <p>b) AREA RURAL:</p> <p>CAMINO O CARRETERA _____</p> <p>_____</p>	<p><b>UBICACION GEOGRAFICA:</b></p> <p>1. DEPARTAMENTO.....</p> <p>2. PROVINCIA.....</p> <p>3. SECCION MUNICIPAL.....</p> <p>4. CANTON.....</p> <p>5. CIUDAD/LOCALIDAD.....</p> <p>6. ZONA.....</p> <p>7. SECTOR.....</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																

ENCUESTA HOMBRES Y ANEMIA      1 SI    2 NO

Resultados de las Visitas

	1ra.	2da.	3ra.	VISITA FINAL								
FECHA				DIA <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AÑO <table border="1"><tr><td> </td><td>1</td><td>9</td><td> </td></tr></table>						1	9	
	1	9										
ENTREVISTADORA.....				ENTREV. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
RESULTADO* .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESULTADO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
PROXIMA VISITA				NUMERO TOTAL DE VISITAS <input type="checkbox"/>								
FECHA HORA												

<p><b>*CODIGOS DE RESULTADO:</b></p> <p>01 ENTREVISTA COMPLETA</p> <p>02 NO HAY ADULTOS PRESENTES</p> <p>03 HOGAR AUSENTE</p> <p>04 PARCIALMENTE COMPLETA</p> <p>05 VIVIENDA VACANTE O LA DIRECCION NO ES VIVIENDA</p> <p>06 VIVIENDA DESTRUIDA</p> <p>07 VIVIENDA NO ENCONTRADA</p> <p>08 RECHAZO</p> <p>96 OTRO _____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	<p><b>IDIOMA DE LA ENTREVISTA</b></p> <p>1 CASTELLANO    4 GUARANI</p> <p>2 AYMARA        6 OTRO</p> <p>3 QUECHUA</p> <p> </p> <p>NUMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NUMERO ELEG. PARA ENC. MUJERES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NUMERO ELEG. PARA ENC. HOMBRES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>						

CONTROL OFICINA NOMBRE	SUPERVISADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:								
FECHA												
CODIGO	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

LISTADO DEL HOGAR

Para empezar solicito nos proporcione alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar o que durmieron anoche aquí.

NO. DE ORDEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACION DE PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS
			¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	CONDICION ACTIVIDAD ECONOMICA
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	CONDICION ACTIVIDAD ECONOMICA
	Por favor, dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar y de los visitantes que durmieron la noche anterior aquí, comenzando por el jefe del hogar.	¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el jefe del hogar?  Códigos: 01 JEFE DE HOGAR 02 ESPOSA(O)/COMPAÑ. 03 HIJO/HIJA 04 YERNO/NUERA 05 NIETO/NIETA 06 PADRE/MADRE 07 SUEGRO/SUEGRA 08 HERMANO/HERMANA 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO/ HIJO DE CRIANZA 11 NO HAY PARENTESCO 98 NO SABE					¿Qué hizo (NOMBRE) la semana pasada: Trabajó? 1 No trabajó, pero tenía trabajo? 2 Buscó trabajo? 3 Estudiaba? 4 Quehaceres del hogar? 5 Otro? 6 No sabe 8 ANOTE RESPUESTA Y CODIGO (7a)
			SI NO	SI NO	H M	EN AÑOS	
01	Jefe(a) del hogar:	0 1	1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
02			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
03			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
04			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
05			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
06			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
07			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
08			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
09			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
10			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
11			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
12			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
13			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>
14			1 2	1 2	1 2		(ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/>

Sólo para estar segura que tengo una lista completa:

1) ¿Hay otras personas como niños pequeños o recién nacidos no mencionados? SI  ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO NO

2) ¿Hay otras personas que no son miembros de su familia, como trabajadores domésticos u otro personal que durmieron anoche aquí? SI  ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO NO

3) ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales, o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI  ANOTE A CADA UNO EN EL CUADRO NO

PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS EDUCACION					PARA MENORES DE 15 AÑOS SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES				DISCAPACIDAD EXTREMA	ELEGIBILIDAD	
(NOMBRE) sabe leer y escribir?	(NOMBRE) Asiste o asistió a algún centro de enseñanza regular?	ASISTE O ASISTIO			¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)? NO: PASE A COLUMNA 15	MADRE VIVA ¿Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)? SI: ¿Cuál es su nombre? ANOTE NUMERO DE ORDEN DE LA MADRE NO: ANOTE "00"	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)? NO: PASE A COLUMNA 17	PADRE VIVO ¿Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)? SI: ¿Cuál es su nombre? ANOTE NUMERO DE ORDEN DEL PADRE NO: ANOTE "00"	¿(NOMBRE) tiene algún impedimento físico extremo? NO TIENE: ANOTE "0" Y PASE A 18 SI: ¿Cuál? Sordomudo? 1 Retraso mental? 2 Sordo? 3 Hudo? 4 Ciego? 5 Paralft.? 6 Cojo/man.? 7	CIRCULE EL NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS ELEGIBLES	
		¿Cuál es el ciclo o nivel más alto al que (NOMB) asiste ó asistió?	¿(NOMBRE) finalizó ese ciclo o nivel?	Cuál es el último año o curso aprobado por (NOMBRE) en ese ciclo o nivel? SI NO APROBO EL PRIMER AÑO, ANOTE "0"						SI NO NS	SI NO NS
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(18a)
SI NO NS		NIVEL	SI NO NS	CURSO	SI NO NS		SI NO NS				
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01 01
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02 02
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03 03
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04 04
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05 05
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06 06
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07 07
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08 08
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09 09
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 10
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 11
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 12
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 13
1 2 8	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 14

**CODIGOS DE CICLO O NIVEL:**  
0 PRIMARIA  
1 SECUNDARIA  
2 BASICO  
3 INTERMEDIO  
4 MEDIO  
5 ENSEÑANZA TECNICA  
6 NORMAL  
7 UNIVERSIDAD  
8 OTRO  
\_\_\_\_\_  
(ESPECIFIQUE)

**CODIGOS DE AÑO O CURSO:**  
1 A 8: AÑOS RELACIONADOS CON NIVEL  
9: EGRESADO  
0: NINGUNO

NUMERO TOTAL DE ELEGIBLES: MUJERES:....

HOMBRES:.....

DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
20	ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS AL JEFE DEL HOGAR O A UNA PERSONA ADULTA (MAYOR DE 18 AÑOS): Ahora me gustaría tener alguna información relacionada con su vivienda		
21	¿El abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar es por cañería dentro de la vivienda o por fuera de ella?  SI ES POR FUERA DE LA VIVIENDA, INDAGUE: ¿Es el abastecimiento dentro del edificio, lote o terreno o por fuera?	POR CAÑERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA..... 1 → 23  POR CAÑERÍA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO, LOTE O TERRENO..... 2 → 23  POR CAÑERÍA FUERA DEL LOTE O TERRENO..... 3 → 23  NO RECIBE AGUA POR CAÑERÍA..... 4	
21A	¿Cual es la fuente (procedencia) principal de abastecimiento de agua que utilizan los miembros de su hogar para beber y cocinar?	POZO O NORIA..... 1  RIO, LAGO, VERTIENTE O ACEQUIA..... 2  CARRO REPARTIDOR..... 3  OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
22	¿Cuánto tiempo toma llegar allá, recoger agua y volver (desde su hogar)?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  EN EL SITIO..... 996	
23	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar?  INDAGUE: ¿Tiene descarga instantánea?	INODORO, WATER, LETRINA O EXCUSADO CON DESCARGA INSTANTANEA DE AGUA..... 1  INODORO, WATER, LETRINA O EXCUSADO SIN DESCARGA INSTANTANEA DE AGUA..... 2  NO TIENE..... 3 → 24	
23A	¿El uso del servicio sanitario es privado del hogar o compartido con otros hogares?	PRIVADO DE ESTE HOGAR..... 1  COMPARTIDO CON OTROS HOGARES..... 2	
23B	¿El desague del servicio sanitario se realiza por alcantarillado público, cámara séptica u otro?	ALCANTARILLADO PUBLICO..... 1  CAMARA SEPTICA..... 2  OTRO(Pozo Ciego, superficie, etc.)..... 6	
24	¿Tiene en su Hogar: Electricidad? Teléfono corriente? Teléfono celular? Un radio? Un televisor? Un refrigerador? Una computadora?	SI NO ELECTRICIDAD..... 1 2 TELEFONO CORRIENTE..... 1 2 TELEFONO CELULAR..... 1 2 RADIO..... 1 2 TELEVISOR..... 1 2 REFRIGERADOR..... 1 2 COMPUTADORA..... 1 2	
25	¿Cuántos cuartos o habitaciones ocupa su hogar? (Sin contar baño ni cocina)	HABITACIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
25A	¿De estas, cuántas habitaciones utilizan para dormir?	HABITACIONES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
25B	¿Tiene un cuarto especial para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																						
26	¿Cuál es el material predominante de las paredes de su vivienda?	ADOVE REBOCADO.....01 ADOVE SIN REBOCAR O TAPIAL.....02 LADRILLO,BLOQUES DE CEMENTO, HORMIGON,ETC.....03 PIEDRA.....04 MADERA.....05 CAÑA,PALMA,TRONCOS.....06 OTRO _____..96 (ESPECIFIQUE)																							
26A	¿Cuál es el material predominante del techo de su vivienda?	CALAMINA O PLANCHA..... 1 TEJAS(cemento,arcilla,fibro cemento,etc). 2 LOZA DE HORMIGON ARMADO..... 3 PAJA,CAÑA,PALMA..... 4 OTROS _____.. 6 (ESPECIFIQUE)																							
26B	¿Cuál es el material predominante del piso de su vivienda?	MADERA..... 1 MOSAICO O BALDOSAS..... 2 LADRILLO..... 3 CEMENTO..... 4 TIERRA..... 5 OTROS _____.. 6 (ESPECIFIQUE)																							
27	¿Su vivienda es: Propia? Alquilada? Contrato anticrético? Contrato mixto? Cedida(por servicios,parentesco,etc)? Otra?	PROPIA ..... 1 ALQUILADA ..... 2 CONTRATO ANTICRETICO ..... 3 CONTRATO MIXTO ..... 4 CEDIDA (por servicios, parentesco, etc). 5 OTRA _____.. 6																							
28	¿Cuál es el principal combustible que utiliza para cocinar en su hogar?	LEÑA ..... 01 GUANO, BOSTA O TAQUIA ..... 02 CARBON ..... 03 KEROCENE ..... 04 GAS LICUADO ..... 05 ELECTRICIDAD ..... 06 NO COCINA ..... 07 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)																							
29	¿Cuántas personas de este hogar incluyendo niños y recién nacidos atienden su salud en: ¿Hospitales, centros, postas, del Ministerio de Salud? ¿Caja de Seguro Social? ¿Cuántas en ONG o Iglesia? ¿Cuántas en servicios privados? ¿Cuántas en farmacias? ¿Cuántas con el Jampiri-Naturista? ¿Cuántas no atienden? ¿Cuántas atienden en otros servicios?	MINISTERIO DE SALUD ..... CAJA DE SEGURO SOCIAL..... ONG-IGLESIA..... SERVICIOS PRIVADOS..... FARMACIA ..... JAMPIRI-NATURISTA..... NO ATIENDEN..... ATIENDEN OTROS SERVICIOS.....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																						
30	¿Cuántos perros tiene en su hogar?	NUMERO DE PERROS.....	<input type="text"/>																						
30A	¿Cuántos de ellos están vacunados contra la rabia?	NUMERO DE VACUNADOS.....	<input type="text"/>																						
31	VEA COLUMNAS 18 Y 18A Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL CORRESPONDIENTE (MUJERES U HOMBRES)																								

**OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA**  
(para completarse después de terminar la entrevista)

Comentarios sobre la Entrevista \_\_\_\_\_

---

---

---

Comentarios sobre Preguntas Específicas \_\_\_\_\_

---

---

---

Otro Tipo de Comentarios \_\_\_\_\_

---

---

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**

---

---

---

---

Nombre de la Supervisora \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO**

---

---

---

---