

<b>CESDEM USAID COPRESIDA ORC Macro CERSS</b>	<b>REPÚBLICA DOMINICANA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD ENDESA 2007 CUESTIONARIO DE MORBILIDAD Y GASTOS EN SALUD</b>	<b>CONFIDENCIAL</b> La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos
---	--	--

  

<b>IDENTIFICACIÓN</b>		
CONGLOMERADO ENDESA ..... NÚMERO DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA ..... NÚMERO DEL HOGAR DENTRO DE LA VIVIENDA ..... PROVINCIA ..... MUNICIPIO ..... URBANO-RURAL (URBANO=1; RURAL=2) ..... TAMAÑO DE LA LOCALIDAD ..... <small>(ciudad grande=1; ciudad pequeña=2; pueblo=3; campo=4)</small>  DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA .....  NOMBRE DEL JEFE(A) DEL HOGAR ..... NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO .....	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 120px; margin: 0 auto; position: relative;"> <!-- Grid representation of the form --> </div>	

  

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA					
	1	2	3		VISITA FINAL
FECHA					DÍA ..... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADOR(A)					MES ..... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
RESULTADO					AÑO ..... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
PROXIMA VISITA: FECHA					CÓDIGO ENTREV. ... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
HORA					RESULTADO ..... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
					NÚMERO TOTAL DE VISITAS ..... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
					CUESTIONARIO ... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> de <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>

  

**CÓDIGOS DE RESULTADO:**

01 ENTREVISTA COMPLETA	06 VIVIENDA DESOCUPADA O NO VIVIENDA
02 NO HAY ADULTOS PRESENTES	07 VIVIENDA DESTRUIDA
03 MORADOR AUSENTE	08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL
04 POSTERGADA, RESPONDIDA PARCIALMENTE	09 EN VENTA O ALQUILER
05 RECHAZADA	96 OTRA _____

(ESPECIFIQUE)

  

NOMBRE	SUPERVISORA	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>
FECHA				

  

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MINUTOS <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
--	---

1	NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA	01	02	03
2	COPIE EL NOMBRE Y LA EDAD DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEL CUESTIONARIO DE HOGAR, EN CORRESPONDENCIA CON SU NO. DE ORDEN	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
3	EDAD	EDAD	EDAD	EDAD
SECCION I: CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS				
Ahora quisiéramos hablar de los trabajos o actividades económicas realizadas por los miembros(as) del hogar en la semana pasada, es decir, del domingo al sábado (MOSTRAR LA SEMANA EN EL CALENDARIO)				
4	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25
5	¿Trabajó (NOMBRE) o realizó alguna actividad económica por lo menos una hora la semana pasada?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←
6	¿Tenía (NOMBRE) algún empleo o negocio la semana pasada, del cual estuvo ausente por enfermedad, vacaciones, licencia u otra causa?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←
7	La semana pasada, ¿realizó (NOMBRE) alguna de las siguientes actividades:			
8	A. Cultivó o cosechó algún producto agrícola o cuidó ganado?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←
9	B. Elaboró algún producto (artesanía, comida, etc.) para la venta?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←
10	C. Ayudó a algún familiar en su negocio, empresa o finca?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←
11	D. Hizo alguna otra actividad para ganar dinero, como coser o lavar/planchar ropa ajena, vender ropa, productos del hogar o de belleza, etc.?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 14) ←
12	¿Buscó (NOMBRE) trabajo la semana pasada o estuvo tratando de establecer (instalar) su propio negocio, o empresa?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 9) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 9) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 9) ←
13	Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha buscado (NOMBRE) trabajo o trató de establecer su propio negocio o empresa?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←
14	¿Qué hizo (NOMBRE) para buscar trabajo o establecer su propio negocio, actividad económica o empresa?	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←
15	¿Por qué (NOMBRE) no ha buscado trabajo?	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13
16	¿Pudiera (NOMBRE) haber aceptado un trabajo la semana pasada si le hubieran ofrecido uno?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←
17	¿Dispone (NOMBRE) del tiempo y las condiciones para salir a trabajar?	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2
18	¿Ha trabajado (NOMBRE) antes por paga o o ganancia, o ha ayudado en un negocio, empresa o finca de un familiar?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←

	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25	10 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A P25
4	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2
5	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2
6				
	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2
	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2
	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2
	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 14) ← NO ..... 2
7	SI ..... 1 (PASE A 9) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 9) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 9) ← NO ..... 2	SI ..... 1 (PASE A 9) ← NO ..... 2
8	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 10) ←
9	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←	VISITÓ FÁBRICAS, OFICINAS PÚBLICAS, PRIVADAS, FINCAS, ETC.....01 PIDIÓ AYUDA A OTRAS PERSONAS.....02 CONTESTÓ ANUNCIOS EN PERIÓDICOS, RADIO, TV.....03 SOLICITÓ PERMISOS O LICENCIAS PARA ESTABLECER UN NEGOCIO.....04 SOLICITÓ FINANCIAMIENTO PARA UN NEGOCIO PROPIO.....05 BUSCÓ EQUIPOS O MATERIALES PARA EMPEZAR UN NEGOCIO.....06 OTRO (ESPECIFIQUE).....07 (PASE A 13) ←
10	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13	HA BUSCADO ANTES Y NO ENCUENTRA.....01 LE ESTÁN BUSCANDO TRABAJO.....02 ESTÁ ESPERANDO AVISO DE UNA SOLICITUD DE EMPLEO.....03 CREE QUE NO IBA A ENCONTRAR.....04 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE.....05 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORALMENTE.....06 ESTÁ ESTUDIANDO.....07 SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR.....08 POR EDAD.....09 RENTISTA.....10 PENSIONADO O JUBILADO.....11 NO QUISO.....12 OTRO(ESPECIFIQUE).....13
11	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 13) ←
12	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2	SI ..... 1 NO ..... 2
13	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 25) ←

14	¿Cuál fue la ocupación u oficio principal que desempeñó (NOMBRE) la semana pasada (o su última ocupación)?			
15	¿Qué produce (producía) o a qué se dedica(ba) la empresa, institución o negocio en que trabaja (o trabajó por última vez) (NOMBRE)			
16	¿En cuál de las siguientes condiciones o categorías desempeña(ba) (NOMBRE) esa ocupación?  <b>LEA LAS CATEGORÍAS</b>	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←
17	¿Cuántas personas trabajan (trabajaban) en el negocio o institución donde laboró (NOMBRE) la semana pasada (por última vez)?	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8
18	¿A cuál de las siguientes categorías corresponde la empresa, institución o negocio en que trabaja(ba) (NOMBRE)?  <b>LEA LAS CATEGORÍAS</b>	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8
ENCUESTADOR(A): SI SE MARCO "NO" (COD. 2) EN TODAS LAS OPCIONES DE LAS PREGUNTAS 4, 5 Y 6, PASE A P24				
19	¿Cuántos días por semana trabaja (NOMBRE) normalmente, en su ocupación principal?	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>
20	¿Cuántas horas diarias dedica (NOMBRE) a esa ocupación u oficio?	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"
ENCUESTADOR(A): SI LA PERSONA ES TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A) (P16=5) PASE A P23.				
21	¿Cuál es el sueldo o salario bruto de (NOMBRE) (o cuánto gana) por su trabajo, negocio o actividad principal, y qué período comprende?  <b>*VER INSTRUCCION AL PIE DE LA PAGINA</b>	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5
22	SOLO PARA ASALARIADOS(AS) Y TRABAJADORES(AS) DOMÉSTICOS(AS) (CODS. 1 Y 6 EN P16) En su ocupación principal ¿cuánto recibió (NOMBRE) el mes pasado en pagos en especie, por concepto de:	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE
	A. Alimentos?	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
	B. Vivienda/alojamiento?	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
	C. Transporte/vehículo?	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
	X. Otros (especifique)?	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
23	Además de su ocupación principal ¿tiene (NOMBRE) algún otro trabajo, negocio o actividad productiva?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
24	¿Cuánto recibió (NOMBRE) de regalia pascual, bonificación o liquidación en los últimos 12 meses?  SI NO RECIBIO REGALIA O BONIFICACION ANOTE '000000', SI NO SABE ANOTE '999998'	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>
* ENCUESTADOR(A): <b>PARA ASALARIADOS(AS) Y TRABAJADORES DOMÉSTICOS (CODS. 1 Y 6 EN P16):</b> PREGUNTE POR EL SALARIO BASICO DE LA PERSONA, ANTES DE LOS DESCUENTOS POR CONCEPTO DE IMPUESTOS, PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL, PRESTAMOS, ETC. <b>PARA EMPLEADORES(AS), TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y MIEMBROS DE COOPERATIVAS (CODS. 2, 3 Y 4 EN P16):</b> PREGUNTE POR LA GANANCIA, O DIFERENCIA ENTRE LOS INGRESOS Y LOS GASTOS DE OPERACION DEL NEGOCIO (INCLUYENDO DENTRO DE LOS BENEFICIOS EL VALOR ESTIMADO DE LOS ALIMENTOS U OTROS BIENES PRODUCIDOS, O RETIRADOS DEL NEGOCIO, PARA AUTOCONSUMO DEL HOGAR)				

14				
15				
16	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←	ASALARIADO(A)..... 1 EMPLEADOR(A)..... 2 TRABAJADOR(A) POR CUENTA PROPIA ..... 3 MIEMBRO(A) DE COOPERATIVA DE PRODUCTORES..... 4 TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A)..... 5 TRABAJADOR(A) DOMÉSTICO(A)..... 6 NO SABE..... 8 (PASE A 19) ←
17	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8	1 PERSONA..... 1 DE 2 A 5 PERSONAS..... 2 DE 6 A 10 PERSONAS..... 3 DE 11 A 50 PERSONAS..... 4 DE 51 A 150 PERSONAS..... 5 MÁS DE 150 PERSONAS..... 6 NO SABE..... 8
18	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8	INSTITUCION PUBLICA..... 1 EMPRESA PRIVADA DE ZONA FRANCA..... 2 OTRA EMPRESA O INSTITUCIÓN PRIVADA..... 3 OTRA (ESPECIFIQUE:.....)..... 4 NO SABE..... 8
ENCUESTADOR(A): SI SE MARCO "NO" (COD. 2) EN TODAS LAS OPCIONES DE LAS PREGUNTAS 4,5 Y 6 PASE A P24				
19	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>
20	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"	No. DE HORAS <input type="text"/> SI NO SABE ANOTE "98"
ENCUESTADOR(A): SI LA PERSONA ES TRABAJADOR(A) FAMILIAR NO PAGADO(A) (P16=5) PASE A P23.				
21	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5	RD\$..... HORA..... 1 PERIODO: DIA..... 2 SEMANA..... 3 QUINCENA..... 4 MES..... 5
22	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	ANOTE '00000' SI NADA ANOTE '99998' SI NO SABE RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>
23	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
24	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>	REGALIA RD\$ <input type="text"/> BONIFICACION/LIQUIDACION RD\$ <input type="text"/>

	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR																																				
25	¿Recibe (NOMBRE) regularmente ingresos por otros trabajos o negocios, pensiones, ayuda de familiares, beca, renta de alguna propiedad u otra fuente?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←																																				
26	¿De cuáles fuentes recibe (NOMBRE) ingresos? <b>INDAGUE SOBRE LAS DIFERENTES FUENTES DE INGRESO, ANOTE EL CODIGO DE LA FUENTE, Y PREGUNTE EL MONTO Y LA PERIODICIDAD CON QUE RECIBE EL INGRESO, PARA CADA FUENTE</b>	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>FUENTE 1:</td> <td>FUENTE 2:</td> <td>FUENTE 3:</td> <td>FUENTE 4:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	A	B	C	D	FUENTE 1:	FUENTE 2:	FUENTE 3:	FUENTE 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>FUENTE 1:</td> <td>FUENTE 2:</td> <td>FUENTE 3:</td> <td>FUENTE 4:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	A	B	C	D	FUENTE 1:	FUENTE 2:	FUENTE 3:	FUENTE 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>FUENTE 1:</td> <td>FUENTE 2:</td> <td>FUENTE 3:</td> <td>FUENTE 4:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	A	B	C	D	FUENTE 1:	FUENTE 2:	FUENTE 3:	FUENTE 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A	B	C	D																																					
FUENTE 1:	FUENTE 2:	FUENTE 3:	FUENTE 4:																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																					
A	B	C	D																																					
FUENTE 1:	FUENTE 2:	FUENTE 3:	FUENTE 4:																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																					
A	B	C	D																																					
FUENTE 1:	FUENTE 2:	FUENTE 3:	FUENTE 4:																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																					
27	<b>FUENTE 1:</b> ¿Cuánto recibe (NOMBRE) por esa (FUENTE) y cada qué tiempo recibe esos ingresos?	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>																																				
28	<b>FUENTE 2:</b> ¿Cuánto recibe (NOMBRE) por esa (FUENTE) y cada qué tiempo recibe esos ingresos?	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>																																				
29	<b>FUENTE 3:</b> ¿Cuánto recibe (NOMBRE) por esa (FUENTE) y cada qué tiempo recibe esos ingresos?	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>																																				
30	<b>FUENTE 4:</b> ¿Cuánto recibe (NOMBRE) por esa (FUENTE) y cada qué tiempo recibe esos ingresos?	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>	MONTO RD\$: <input type="text"/> PERIODICIDAD: <input type="text"/>																																				
	<b>AFILIACIÓN A ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ARS)</b>	<b>AFILIACIÓN ARS</b>	<b>AFILIACIÓN ARS</b>	<b>AFILIACIÓN ARS</b>																																				
31	¿Está afiliado(a) (NOMBRE) o es beneficiario(a) de algún seguro público ó privado de salud (ARS)? <b>SI "SI" , ¿a cuál(es) de los siguientes seguros está afiliado(a)?</b>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ←																																				
A	ARS SENASA (Seguro Nacional de Salud)?	ARS SENASA..... 1 2 8	ARS SENASA..... 1 2 8	ARS SENASA..... 1 2 8																																				
B	ARS Salud Segura (IDSS)?	ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8	ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8	ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8																																				
C	ARS de las FFAA o la Policía Nacional?	FFAA O PN..... 1 2 8	FFAA O PN..... 1 2 8	FFAA O PN..... 1 2 8																																				
D	ARS CMD (Colegio Médico Dominicano)?	ARS CMD..... 1 2 8	ARS CMD..... 1 2 8	ARS CMD..... 1 2 8																																				
E	ARS SEMMA (Seguro Médico para Maestros)?	ARS SEMMA..... 1 2 8	ARS SEMMA..... 1 2 8	ARS SEMMA..... 1 2 8																																				
F	ARS Humano?	ARS HUMANO..... 1 2 8	ARS HUMANO..... 1 2 8	ARS HUMANO..... 1 2 8																																				
G	ARS Palic-Salud?	ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8	ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8	ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8																																				
H	ARS Servicios Dominicanos de Salud (SDS)?	ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8	ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8	ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8																																				
I	ARS Universal?	ARS UNIVERSAL..... 1 2 8	ARS UNIVERSAL..... 1 2 8	ARS UNIVERSAL..... 1 2 8																																				
X	Otra ARS?	OTRA..... 1 2 8	OTRA..... 1 2 8	OTRA..... 1 2 8																																				
	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)																																				
	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.																																				
<b>FUENTES DE INGRESO (PREGUNTAS 26A A 26D):</b> <table border="0"> <tr> <td>01. Otro empleo, negocio o actividad</td> <td>06. Utilidades (beneficios) empresariales</td> <td>11. Becas</td> </tr> <tr> <td>02. Ayuda de familiares y amigos del país</td> <td>07. Dividendos de empresas</td> <td>12. Asistencia (ayuda) de instituciones privadas</td> </tr> <tr> <td>03. Ayuda de familiares y amigos del exterior</td> <td>08. Pensiones y jubilaciones dentro del país</td> <td>13. Asistencia (ayuda) de instituciones públicas</td> </tr> <tr> <td>04. Alquiler y arrendamientos (casas, vehículos, tierra)</td> <td>09. Pensiones y jubilaciones recibidas desde el extranjero</td> <td>14. Propinas, comisiones u horas extras</td> </tr> <tr> <td>05. Intereses (ahorros, certificados, préstamos)</td> <td>10. Pensiones por divorcios, manutención</td> <td>15. Otras compensaciones y beneficios laborales (pago colegio hijos; asignación para combustible; vacaciones pagadas, etc.)</td> </tr> </table> <p><b>EN CASO DE QUE HAYA REPORTADO UNA FUENTE DE INGRESO, PERO NO SABE EL MONTO, ANOTE "999998"</b></p> <p><b>PERIODICIDAD:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1. Semanal</td> <td>SI DICE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DÍAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL.</td> </tr> <tr> <td>2. Quincenal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Mensual</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Anual</td> <td></td> </tr> </table> <p>96. Otra _____ (Especifique)</p>					01. Otro empleo, negocio o actividad	06. Utilidades (beneficios) empresariales	11. Becas	02. Ayuda de familiares y amigos del país	07. Dividendos de empresas	12. Asistencia (ayuda) de instituciones privadas	03. Ayuda de familiares y amigos del exterior	08. Pensiones y jubilaciones dentro del país	13. Asistencia (ayuda) de instituciones públicas	04. Alquiler y arrendamientos (casas, vehículos, tierra)	09. Pensiones y jubilaciones recibidas desde el extranjero	14. Propinas, comisiones u horas extras	05. Intereses (ahorros, certificados, préstamos)	10. Pensiones por divorcios, manutención	15. Otras compensaciones y beneficios laborales (pago colegio hijos; asignación para combustible; vacaciones pagadas, etc.)	1. Semanal	SI DICE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DÍAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL.	2. Quincenal		3. Mensual		4. Anual														
01. Otro empleo, negocio o actividad	06. Utilidades (beneficios) empresariales	11. Becas																																						
02. Ayuda de familiares y amigos del país	07. Dividendos de empresas	12. Asistencia (ayuda) de instituciones privadas																																						
03. Ayuda de familiares y amigos del exterior	08. Pensiones y jubilaciones dentro del país	13. Asistencia (ayuda) de instituciones públicas																																						
04. Alquiler y arrendamientos (casas, vehículos, tierra)	09. Pensiones y jubilaciones recibidas desde el extranjero	14. Propinas, comisiones u horas extras																																						
05. Intereses (ahorros, certificados, préstamos)	10. Pensiones por divorcios, manutención	15. Otras compensaciones y beneficios laborales (pago colegio hijos; asignación para combustible; vacaciones pagadas, etc.)																																						
1. Semanal	SI DICE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DÍAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL.																																							
2. Quincenal																																								
3. Mensual																																								
4. Anual																																								

	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR
25	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 31) ←
26	A B C D FUENTE 1: FUENTE 2: FUENTE 3: FUENTE 4: [ ][ ][ ][ ]	A B C D FUENTE 1: FUENTE 2: FUENTE 3: FUENTE 4: [ ][ ][ ][ ]	A B C D FUENTE 1: FUENTE 2: FUENTE 3: FUENTE 4: [ ][ ][ ][ ]	A B C D FUENTE 1: FUENTE 2: FUENTE 3: FUENTE 4: [ ][ ][ ][ ]
27	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]
28	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]
29	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]
30	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]	MONTO RD\$: [ ][ ][ ][ ][ ] PERIODICIDAD: [ ]
	AFILIACIÓN ARS	AFILIACIÓN ARS	AFILIACIÓN ARS	AFILIACIÓN ARS
31	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ← SI NO NS ARS SENASA..... 1 2 8 ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8 FFAA O PN..... 1 2 8 ARS CMD..... 1 2 8 ARS SEMMA..... 1 2 8 ARS HUMANO..... 1 2 8 ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8 ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8 ARS UNIVERSAL..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ← SI NO NS ARS SENASA..... 1 2 8 ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8 FFAA O PN..... 1 2 8 ARS CMD..... 1 2 8 ARS SEMMA..... 1 2 8 ARS HUMANO..... 1 2 8 ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8 ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8 ARS UNIVERSAL..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ← SI NO NS ARS SENASA..... 1 2 8 ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8 FFAA O PN..... 1 2 8 ARS CMD..... 1 2 8 ARS SEMMA..... 1 2 8 ARS HUMANO..... 1 2 8 ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8 ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8 ARS UNIVERSAL..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A INSTRUCCION AL PIE DE LA PREGUNTA) ← SI NO NS ARS SENASA..... 1 2 8 ARS SALUD SEGURA..... 1 2 8 FFAA O PN..... 1 2 8 ARS CMD..... 1 2 8 ARS SEMMA..... 1 2 8 ARS HUMANO..... 1 2 8 ARS PALIC-SALUD..... 1 2 8 ARS SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD..... 1 2 8 ARS UNIVERSAL..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)
	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.	REGRESE A PREG. 4 PARA SIGUIENTE PERSONA. SI NO HAY MÁS, PASE A 32 PARA PRIMERA PERSONA.
	<b>FUENTES DE INGRESO (PREGUNTAS 26A A 26D):</b> 01. Otro empleo, negocio o actividad 02. Ayuda de familiares y amigos del país 03. Ayuda de familiares y amigos del exterior 04. Alquiler y arrendamientos (casas, vehículos, tierra) 05. Intereses (ahorros, certificados, préstamos) 06. Utilidades (beneficios) empresariales 07. Dividendos de empresas 08. Pensiones y jubilaciones dentro del país 09. Pensiones y jubilaciones recibidas desde el extranjero 10. Pensiones por divorcios, manutención 11. Becas 12. Asistencia (ayuda) de instituciones privadas 13. Asistencia (ayuda) de instituciones públicas 14. Propinas, comisiones u horas extras 15. Otras compensaciones y beneficios laborales (pago colegio hijos; asignación para combustible; vacaciones pagadas, etc.) 96. Otra _____ (Especifique) <b>EN CASO DE QUE HAYA REPORTADO UNA FUENTE DE INGRESO, PERO NO SABE EL MONTO, ANOTE "999998"</b> <b>PERIODICIDAD:</b> 1. Semanal SI DICE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DIAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL. 2. Quincenal 3. Mensual 4. Anual			

**SECCION II: MORBILIDAD Y ATENCION EN SALUD**

32	En los últimos 30 días ¿tuvo (NOMBRE alguna enfermedad física (incluyendo gripe, diarrea) o mental, problemas en el embarazo o parto, accidente, etc. por la cual no estuvo interno(a))?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←																																																																																																																																																																																																													
33	¿Qué enfermedad o problema de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MÁS GRAVE)																																																																																																																																																																																																																
34	¿Algún médico(a) le ha diagnosticado a (NOMBRE) (le ha informado que padece de) alguna enfermedad crónica, como:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis?</td> <td>TUBERCULOSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar)?</td> <td>DIABETES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia (ataque/gota)?</td> <td>EPILEPSIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (presión alta)?</td> <td>HIPERTENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</td> <td>ASMA, BRONQUITIS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Artritis (reumatismo), artrosis, etc?</td> <td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cáncer (tumores)?</td> <td>CANCER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad mental?</td> <td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?</td> <td>PROBLEMAS DEL CORAZON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los riñones?</td> <td>ENFERMEDAD DE RIÑONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIDA (o tiene el virus del SIDA)?</td> <td>SIDA O VIH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>De alguna otra enfermedad crónica?</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	Tuberculosis?	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	Diabetes (azúcar)?	DIABETES .....	1	2	8	Epilepsia (ataque/gota)?	EPILEPSIA .....	1	2	8	Hipertensión (presión alta)?	HIPERTENSION .....	1	2	8	Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	Artritis (reumatismo), artrosis, etc?	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	Cáncer (tumores)?	CANCER .....	1	2	8	Enfermedad mental?	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8	Enfermedad de los riñones?	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8	SIDA (o tiene el virus del SIDA)?	SIDA O VIH.....	1	2	8	De alguna otra enfermedad crónica?	OTRA .....	1	2	8		(ESPECIFIQUE)				<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis?</td> <td>TUBERCULOSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar)?</td> <td>DIABETES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia (ataque/gota)?</td> <td>EPILEPSIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (presión alta)?</td> <td>HIPERTENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</td> <td>ASMA, BRONQUITIS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Artritis (reumatismo), artrosis, etc?</td> <td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cáncer (tumores)?</td> <td>CANCER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad mental?</td> <td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?</td> <td>PROBLEMAS DEL CORAZON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los riñones?</td> <td>ENFERMEDAD DE RIÑONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIDA (o tiene el virus del SIDA)?</td> <td>SIDA O VIH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>De alguna otra enfermedad crónica?</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	Tuberculosis?	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	Diabetes (azúcar)?	DIABETES .....	1	2	8	Epilepsia (ataque/gota)?	EPILEPSIA .....	1	2	8	Hipertensión (presión alta)?	HIPERTENSION .....	1	2	8	Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	Artritis (reumatismo), artrosis, etc?	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	Cáncer (tumores)?	CANCER .....	1	2	8	Enfermedad mental?	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8	Enfermedad de los riñones?	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8	SIDA (o tiene el virus del SIDA)?	SIDA O VIH.....	1	2	8	De alguna otra enfermedad crónica?	OTRA .....	1	2	8		(ESPECIFIQUE)			<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis?</td> <td>TUBERCULOSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar)?</td> <td>DIABETES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia (ataque/gota)?</td> <td>EPILEPSIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (presión alta)?</td> <td>HIPERTENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</td> <td>ASMA, BRONQUITIS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Artritis (reumatismo), artrosis, etc?</td> <td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cáncer (tumores)?</td> <td>CANCER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad mental?</td> <td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?</td> <td>PROBLEMAS DEL CORAZON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los riñones?</td> <td>ENFERMEDAD DE RIÑONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIDA (o tiene el virus del SIDA)?</td> <td>SIDA O VIH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>De alguna otra enfermedad crónica?</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	Tuberculosis?	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	Diabetes (azúcar)?	DIABETES .....	1	2	8	Epilepsia (ataque/gota)?	EPILEPSIA .....	1	2	8	Hipertensión (presión alta)?	HIPERTENSION .....	1	2	8	Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	Artritis (reumatismo), artrosis, etc?	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	Cáncer (tumores)?	CANCER .....	1	2	8	Enfermedad mental?	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8	Enfermedad de los riñones?	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8	SIDA (o tiene el virus del SIDA)?	SIDA O VIH.....	1	2	8	De alguna otra enfermedad crónica?	OTRA .....	1	2	8		(ESPECIFIQUE)		
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																														
Tuberculosis?	TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Diabetes (azúcar)?	DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Epilepsia (ataque/gota)?	EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Hipertensión (presión alta)?	HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Artritis (reumatismo), artrosis, etc?	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Cáncer (tumores)?	CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad mental?	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad de los riñones?	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
SIDA (o tiene el virus del SIDA)?	SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
De alguna otra enfermedad crónica?	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																														
Tuberculosis?	TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Diabetes (azúcar)?	DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Epilepsia (ataque/gota)?	EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Hipertensión (presión alta)?	HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Artritis (reumatismo), artrosis, etc?	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Cáncer (tumores)?	CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad mental?	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad de los riñones?	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
SIDA (o tiene el virus del SIDA)?	SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
De alguna otra enfermedad crónica?	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																														
Tuberculosis?	TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Diabetes (azúcar)?	DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Epilepsia (ataque/gota)?	EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Hipertensión (presión alta)?	HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Artritis (reumatismo), artrosis, etc?	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Cáncer (tumores)?	CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad mental?	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad de los riñones?	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
SIDA (o tiene el virus del SIDA)?	SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
De alguna otra enfermedad crónica?	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																
	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36																																																																																																																																																																																																													
35	¿Está (NOMBRE) recibiendo tratamiento indicado por un(a) médico(a) para esa(s) enfermedad(es)? (REFIÉRASE A AQUELLAS MARCADAS (COD.1) EN P34)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td>TUBERCULOSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar)</td> <td>DIABETES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia (ataque/gota)</td> <td>EPILEPSIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (presión alta)</td> <td>HIPERTENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</td> <td>ASMA, BRONQUITIS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Artritis (reumatismo), artrosis, etc</td> <td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cáncer (tumores)</td> <td>CANCER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad mental</td> <td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)</td> <td>PROBLEMAS DEL CORAZON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los riñones</td> <td>ENFERMEDAD DE RIÑONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIDA (o tiene el virus del SIDA)</td> <td>SIDA O VIH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otra enfermedad crónica</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	Tuberculosis	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	Diabetes (azúcar)	DIABETES .....	1	2	8	Epilepsia (ataque/gota)	EPILEPSIA .....	1	2	8	Hipertensión (presión alta)	HIPERTENSION .....	1	2	8	Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	Artritis (reumatismo), artrosis, etc	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	Cáncer (tumores)	CANCER .....	1	2	8	Enfermedad mental	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8	Enfermedad de los riñones	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8	SIDA (o tiene el virus del SIDA)	SIDA O VIH.....	1	2	8	Otra enfermedad crónica	OTRA .....	1	2	8		(ESPECIFIQUE)			<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td>TUBERCULOSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar)</td> <td>DIABETES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia (ataque/gota)</td> <td>EPILEPSIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (presión alta)</td> <td>HIPERTENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</td> <td>ASMA, BRONQUITIS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Artritis (reumatismo), artrosis, etc</td> <td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cáncer (tumores)</td> <td>CANCER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad mental</td> <td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)</td> <td>PROBLEMAS DEL CORAZON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los riñones</td> <td>ENFERMEDAD DE RIÑONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIDA (o tiene el virus del SIDA)</td> <td>SIDA O VIH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otra enfermedad crónica</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	Tuberculosis	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	Diabetes (azúcar)	DIABETES .....	1	2	8	Epilepsia (ataque/gota)	EPILEPSIA .....	1	2	8	Hipertensión (presión alta)	HIPERTENSION .....	1	2	8	Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	Artritis (reumatismo), artrosis, etc	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	Cáncer (tumores)	CANCER .....	1	2	8	Enfermedad mental	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8	Enfermedad de los riñones	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8	SIDA (o tiene el virus del SIDA)	SIDA O VIH.....	1	2	8	Otra enfermedad crónica	OTRA .....	1	2	8		(ESPECIFIQUE)			<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td>TUBERCULOSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (azúcar)</td> <td>DIABETES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Epilepsia (ataque/gota)</td> <td>EPILEPSIA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (presión alta)</td> <td>HIPERTENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</td> <td>ASMA, BRONQUITIS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Artritis (reumatismo), artrosis, etc</td> <td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cáncer (tumores)</td> <td>CANCER .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad mental</td> <td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)</td> <td>PROBLEMAS DEL CORAZON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de los riñones</td> <td>ENFERMEDAD DE RIÑONES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SIDA (o tiene el virus del SIDA)</td> <td>SIDA O VIH.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otra enfermedad crónica</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	NS	Tuberculosis	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	Diabetes (azúcar)	DIABETES .....	1	2	8	Epilepsia (ataque/gota)	EPILEPSIA .....	1	2	8	Hipertensión (presión alta)	HIPERTENSION .....	1	2	8	Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	Artritis (reumatismo), artrosis, etc	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	Cáncer (tumores)	CANCER .....	1	2	8	Enfermedad mental	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8	Enfermedad de los riñones	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8	SIDA (o tiene el virus del SIDA)	SIDA O VIH.....	1	2	8	Otra enfermedad crónica	OTRA .....	1	2	8		(ESPECIFIQUE)			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																														
Tuberculosis	TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Diabetes (azúcar)	DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Epilepsia (ataque/gota)	EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Hipertensión (presión alta)	HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Artritis (reumatismo), artrosis, etc	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Cáncer (tumores)	CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad mental	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad de los riñones	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
SIDA (o tiene el virus del SIDA)	SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Otra enfermedad crónica	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																														
Tuberculosis	TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Diabetes (azúcar)	DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Epilepsia (ataque/gota)	EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Hipertensión (presión alta)	HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Artritis (reumatismo), artrosis, etc	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Cáncer (tumores)	CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad mental	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad de los riñones	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
SIDA (o tiene el virus del SIDA)	SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Otra enfermedad crónica	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																														
Tuberculosis	TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Diabetes (azúcar)	DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Epilepsia (ataque/gota)	EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Hipertensión (presión alta)	HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Artritis (reumatismo), artrosis, etc	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Cáncer (tumores)	CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad mental	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)	PROBLEMAS DEL CORAZON .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Enfermedad de los riñones	ENFERMEDAD DE RIÑONES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
SIDA (o tiene el virus del SIDA)	SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
Otra enfermedad crónica	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																													
	(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																
ENCUESTADOR(A): SI SE CONTESTO "NO" (COD. 2) EN P32, Y "NO" O "NS" (CODS. 2 U 8) EN TODAS LAS OPCIONES DE P34, PASE A P49																																																																																																																																																																																																																	
36	¿Consultó (NOMBRE) o utilizó los servicios de un médico u otra persona en los últimos 30 días, por motivo de ese problema de salud o enfermedad?  SI CONSULTÓ A MÁS DE UNA PERSONA, MARQUE LA QUE PRIMERO FIGURE EN LA LISTA	<table border="0"> <tr> <td>MEDICO .....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>ENFERMERA.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>(PASE A 39) ←</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NATURISTA (NO MEDICO) .....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>FARMACEUTICO .....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR(A) DE SALUD .....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>COMADRONA .....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO .....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>FAMILIAR .....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>OTRA .....</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO CONSULTO .....</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>(PASE A 38) ←</td> <td></td> </tr> </table>	MEDICO .....	01	ENFERMERA.....	02	SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....	03	(PASE A 39) ←		NATURISTA (NO MEDICO) .....	04	FARMACEUTICO .....	05	PROMOTOR(A) DE SALUD .....	06	COMADRONA .....	07	CURANDERO .....	08	FAMILIAR .....	09	OTRA .....	96	(ESPECIFIQUE)		NO CONSULTO .....	95	NO SABE .....	98	(PASE A 38) ←		<table border="0"> <tr> <td>MEDICO .....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>ENFERMERA.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>(PASE A 39) ←</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NATURISTA (NO MEDICO) .....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>FARMACEUTICO .....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR(A) DE SALUD .....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>COMADRONA .....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO .....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>FAMILIAR .....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>OTRA .....</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO CONSULTO .....</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>(PASE A 38) ←</td> <td></td> </tr> </table>	MEDICO .....	01	ENFERMERA.....	02	SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....	03	(PASE A 39) ←		NATURISTA (NO MEDICO) .....	04	FARMACEUTICO .....	05	PROMOTOR(A) DE SALUD .....	06	COMADRONA .....	07	CURANDERO .....	08	FAMILIAR .....	09	OTRA .....	96	(ESPECIFIQUE)		NO CONSULTO .....	95	NO SABE .....	98	(PASE A 38) ←		<table border="0"> <tr> <td>MEDICO .....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>ENFERMERA.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>(PASE A 39) ←</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NATURISTA (NO MEDICO) .....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>FARMACEUTICO .....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>PROMOTOR(A) DE SALUD .....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>COMADRONA .....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>CURANDERO .....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>FAMILIAR .....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>OTRA .....</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO CONSULTO .....</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>NO SABE .....</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>(PASE A 38) ←</td> <td></td> </tr> </table>	MEDICO .....	01	ENFERMERA.....	02	SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....	03	(PASE A 39) ←		NATURISTA (NO MEDICO) .....	04	FARMACEUTICO .....	05	PROMOTOR(A) DE SALUD .....	06	COMADRONA .....	07	CURANDERO .....	08	FAMILIAR .....	09	OTRA .....	96	(ESPECIFIQUE)		NO CONSULTO .....	95	NO SABE .....	98	(PASE A 38) ←																																																																																																																				
MEDICO .....	01																																																																																																																																																																																																																
ENFERMERA.....	02																																																																																																																																																																																																																
SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....	03																																																																																																																																																																																																																
(PASE A 39) ←																																																																																																																																																																																																																	
NATURISTA (NO MEDICO) .....	04																																																																																																																																																																																																																
FARMACEUTICO .....	05																																																																																																																																																																																																																
PROMOTOR(A) DE SALUD .....	06																																																																																																																																																																																																																
COMADRONA .....	07																																																																																																																																																																																																																
CURANDERO .....	08																																																																																																																																																																																																																
FAMILIAR .....	09																																																																																																																																																																																																																
OTRA .....	96																																																																																																																																																																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																	
NO CONSULTO .....	95																																																																																																																																																																																																																
NO SABE .....	98																																																																																																																																																																																																																
(PASE A 38) ←																																																																																																																																																																																																																	
MEDICO .....	01																																																																																																																																																																																																																
ENFERMERA.....	02																																																																																																																																																																																																																
SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....	03																																																																																																																																																																																																																
(PASE A 39) ←																																																																																																																																																																																																																	
NATURISTA (NO MEDICO) .....	04																																																																																																																																																																																																																
FARMACEUTICO .....	05																																																																																																																																																																																																																
PROMOTOR(A) DE SALUD .....	06																																																																																																																																																																																																																
COMADRONA .....	07																																																																																																																																																																																																																
CURANDERO .....	08																																																																																																																																																																																																																
FAMILIAR .....	09																																																																																																																																																																																																																
OTRA .....	96																																																																																																																																																																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																	
NO CONSULTO .....	95																																																																																																																																																																																																																
NO SABE .....	98																																																																																																																																																																																																																
(PASE A 38) ←																																																																																																																																																																																																																	
MEDICO .....	01																																																																																																																																																																																																																
ENFERMERA.....	02																																																																																																																																																																																																																
SICOLOGO(A)/SIQUIATRA .....	03																																																																																																																																																																																																																
(PASE A 39) ←																																																																																																																																																																																																																	
NATURISTA (NO MEDICO) .....	04																																																																																																																																																																																																																
FARMACEUTICO .....	05																																																																																																																																																																																																																
PROMOTOR(A) DE SALUD .....	06																																																																																																																																																																																																																
COMADRONA .....	07																																																																																																																																																																																																																
CURANDERO .....	08																																																																																																																																																																																																																
FAMILIAR .....	09																																																																																																																																																																																																																
OTRA .....	96																																																																																																																																																																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																	
NO CONSULTO .....	95																																																																																																																																																																																																																
NO SABE .....	98																																																																																																																																																																																																																
(PASE A 38) ←																																																																																																																																																																																																																	
37	¿Por qué razón (NOMBRE) no consultó a un médico u otro profesional de la salud?	<table border="0"> <tr> <td>HORARIO INCONVENIENTE .....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>LARGA ESPERA .....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>AUSENCIA DE MEDICO .....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>CONTINUA SU TRATAMIENTO .....</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>OTRO .....</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>	HORARIO INCONVENIENTE .....	01	NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....	02	SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)		MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....	03	SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....	04	AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....	05	CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....	06	LARGA ESPERA .....	07	AUSENCIA DE MEDICO .....	08	NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....	09	NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....	10	NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....	11	SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....	12	CONTINUA SU TRATAMIENTO .....	13	OTRO .....	96	(ESPECIFIQUE)		<table border="0"> <tr> <td>HORARIO INCONVENIENTE .....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>LARGA ESPERA .....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>AUSENCIA DE MEDICO .....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>CONTINUA SU TRATAMIENTO .....</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>OTRO .....</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>	HORARIO INCONVENIENTE .....	01	NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....	02	SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)		MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....	03	SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....	04	AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....	05	CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....	06	LARGA ESPERA .....	07	AUSENCIA DE MEDICO .....	08	NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....	09	NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....	10	NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....	11	SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....	12	CONTINUA SU TRATAMIENTO .....	13	OTRO .....	96	(ESPECIFIQUE)		<table border="0"> <tr> <td>HORARIO INCONVENIENTE .....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>LARGA ESPERA .....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>AUSENCIA DE MEDICO .....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>CONTINUA SU TRATAMIENTO .....</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>OTRO .....</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>	HORARIO INCONVENIENTE .....	01	NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....	02	SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)		MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....	03	SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....	04	AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....	05	CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....	06	LARGA ESPERA .....	07	AUSENCIA DE MEDICO .....	08	NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....	09	NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....	10	NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....	11	SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....	12	CONTINUA SU TRATAMIENTO .....	13	OTRO .....	96	(ESPECIFIQUE)																																																																																																														
HORARIO INCONVENIENTE .....	01																																																																																																																																																																																																																
NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....	02																																																																																																																																																																																																																
SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)																																																																																																																																																																																																																	
MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....	03																																																																																																																																																																																																																
SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....	04																																																																																																																																																																																																																
AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....	05																																																																																																																																																																																																																
CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....	06																																																																																																																																																																																																																
LARGA ESPERA .....	07																																																																																																																																																																																																																
AUSENCIA DE MEDICO .....	08																																																																																																																																																																																																																
NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....	09																																																																																																																																																																																																																
NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....	10																																																																																																																																																																																																																
NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....	11																																																																																																																																																																																																																
SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....	12																																																																																																																																																																																																																
CONTINUA SU TRATAMIENTO .....	13																																																																																																																																																																																																																
OTRO .....	96																																																																																																																																																																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																	
HORARIO INCONVENIENTE .....	01																																																																																																																																																																																																																
NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....	02																																																																																																																																																																																																																
SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)																																																																																																																																																																																																																	
MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....	03																																																																																																																																																																																																																
SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....	04																																																																																																																																																																																																																
AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....	05																																																																																																																																																																																																																
CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....	06																																																																																																																																																																																																																
LARGA ESPERA .....	07																																																																																																																																																																																																																
AUSENCIA DE MEDICO .....	08																																																																																																																																																																																																																
NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....	09																																																																																																																																																																																																																
NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....	10																																																																																																																																																																																																																
NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....	11																																																																																																																																																																																																																
SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....	12																																																																																																																																																																																																																
CONTINUA SU TRATAMIENTO .....	13																																																																																																																																																																																																																
OTRO .....	96																																																																																																																																																																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																	
HORARIO INCONVENIENTE .....	01																																																																																																																																																																																																																
NO PENSO QUE ERA NECESARIO .....	02																																																																																																																																																																																																																
SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA)																																																																																																																																																																																																																	
MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA .....	03																																																																																																																																																																																																																
SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS .....	04																																																																																																																																																																																																																
AUSENCIA DE MEDICAMENTOS .....	05																																																																																																																																																																																																																
CREE QUE LA ATENCION ES MALA .....	06																																																																																																																																																																																																																
LARGA ESPERA .....	07																																																																																																																																																																																																																
AUSENCIA DE MEDICO .....	08																																																																																																																																																																																																																
NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA .....	09																																																																																																																																																																																																																
NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE .....	10																																																																																																																																																																																																																
NO CONFIA EN LOS MEDICOS .....	11																																																																																																																																																																																																																
SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO.....	12																																																																																																																																																																																																																
CONTINUA SU TRATAMIENTO .....	13																																																																																																																																																																																																																
OTRO .....	96																																																																																																																																																																																																																
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																	



32	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 34) ←																																																																																																																																																																																																																																
33																																																																																																																																																																																																																																				
34	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P34, PASE A P36																																																																																																																																																																																																																																
35	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TUBERCULOSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>DIABETES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>EPILEPSIA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>HIPERTENSION .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ASMA, BRONQUITIS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARTRITIS, ARTROSIS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>CANCER .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD MENTAL .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>PROBLEMAS DEL CORAZON. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>SIDA O VIH.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OTRA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>(ESPECIFIQUE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TUBERCULOSIS .....	1	2	8	DIABETES .....	1	2	8	EPILEPSIA .....	1	2	8	HIPERTENSION .....	1	2	8	ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8	ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8	CANCER .....	1	2	8	ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8	PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8	ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8	SIDA O VIH.....	1	2	8	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																																																																																	
TUBERCULOSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
DIABETES .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
EPILEPSIA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
HIPERTENSION .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ASMA, BRONQUITIS.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ARTRITIS, ARTROSIS .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
CANCER .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD MENTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
PROBLEMAS DEL CORAZON. ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
ENFERMEDAD DE RIÑONES . ....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
SIDA O VIH.....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																																																																																																	
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																				
	ENCUESTADOR(A): SI SE CONTESTO "NO" (COD. 2) EN P32, Y "NO" O "NS" (CODS. 2 U 8) EN TODAS LAS OPCIONES DE P34, PASE A P49																																																																																																																																																																																																																																			
36	MEDICO ..... 01 ENFERMERA..... 02 SICOLOGO(A)/SIQUIATRA ..... 03 (PASE A 39) ← NATURISTA (NO MEDICO) ..... 04 FARMACEUTICO ..... 05 PROMOTOR(A) DE SALUD ..... 06 COMADRONA ..... 07 CURANDERO ..... 08 FAMILIAR ..... 09 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO CONSULTO ..... 95 NO SABE ..... 98 (PASE A 38) ←	MEDICO ..... 01 ENFERMERA..... 02 SICOLOGO(A)/SIQUIATRA ..... 03 (PASE A 39) ← NATURISTA (NO MEDICO) ..... 04 FARMACEUTICO ..... 05 PROMOTOR(A) DE SALUD ..... 06 COMADRONA ..... 07 CURANDERO ..... 08 FAMILIAR ..... 09 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO CONSULTO ..... 95 NO SABE ..... 98 (PASE A 38) ←	MEDICO ..... 01 ENFERMERA..... 02 SICOLOGO(A)/SIQUIATRA ..... 03 (PASE A 39) ← NATURISTA (NO MEDICO) ..... 04 FARMACEUTICO ..... 05 PROMOTOR(A) DE SALUD ..... 06 COMADRONA ..... 07 CURANDERO ..... 08 FAMILIAR ..... 09 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO CONSULTO ..... 95 NO SABE ..... 98 (PASE A 38) ←	MEDICO ..... 01 ENFERMERA..... 02 SICOLOGO(A)/SIQUIATRA ..... 03 (PASE A 39) ← NATURISTA (NO MEDICO) ..... 04 FARMACEUTICO ..... 05 PROMOTOR(A) DE SALUD ..... 06 COMADRONA ..... 07 CURANDERO ..... 08 FAMILIAR ..... 09 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO CONSULTO ..... 95 NO SABE ..... 98 (PASE A 38) ←																																																																																																																																																																																																																																
37	HORARIO INCONVENIENTE ..... 01 NO PENSO QUE ERA NECESARIO ..... 02 SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA . 03 SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS ..... 04 AUSENCIA DE MEDICAMENTOS ..... 05 CREE QUE LA ATENCION ES MALA ..... 06 LARGA ESPERA ..... 07 AUSENCIA DE MEDICO ..... 08 NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA ..... 09 NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE ... 10 NO CONFIA EN LOS MEDICOS ..... 11 SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO..... 12 CONTINUA SU TRATAMIENTO ..... 13 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	HORARIO INCONVENIENTE ..... 01 NO PENSO QUE ERA NECESARIO ..... 02 SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA . 03 SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS ..... 04 AUSENCIA DE MEDICAMENTOS ..... 05 CREE QUE LA ATENCION ES MALA ..... 06 LARGA ESPERA ..... 07 AUSENCIA DE MEDICO ..... 08 NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA ..... 09 NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE ... 10 NO CONFIA EN LOS MEDICOS ..... 11 SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO..... 12 CONTINUA SU TRATAMIENTO ..... 13 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	HORARIO INCONVENIENTE ..... 01 NO PENSO QUE ERA NECESARIO ..... 02 SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA . 03 SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS ..... 04 AUSENCIA DE MEDICAMENTOS ..... 05 CREE QUE LA ATENCION ES MALA ..... 06 LARGA ESPERA ..... 07 AUSENCIA DE MEDICO ..... 08 NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA ..... 09 NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE ... 10 NO CONFIA EN LOS MEDICOS ..... 11 SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO..... 12 CONTINUA SU TRATAMIENTO ..... 13 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	HORARIO INCONVENIENTE ..... 01 NO PENSO QUE ERA NECESARIO ..... 02 SOLUCIONO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA . 03 SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS ..... 04 AUSENCIA DE MEDICAMENTOS ..... 05 CREE QUE LA ATENCION ES MALA ..... 06 LARGA ESPERA ..... 07 AUSENCIA DE MEDICO ..... 08 NO TENIA DINERO PARA LA CONSULTA ..... 09 NO TENIA DINERO PARA TRANSPORTE ... 10 NO CONFIA EN LOS MEDICOS ..... 11 SOLICITO ATENCION Y NO LA OBTUVO..... 12 CONTINUA SU TRATAMIENTO ..... 13 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																																																																																

38	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? <b>SI NO PAGÓ ANOTE '00000'</b> <b>SI NO SABE ANOTE '99998'</b>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 49) ←	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 49) ←	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASE A 49) ←
39	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta?	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO ..... 08 EN EL HOGAR ..... 09 (PASE A 41) ← OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO ..... 08 EN EL HOGAR ..... 09 (PASE A 41) ← OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO ..... 08 EN EL HOGAR ..... 09 (PASE A 41) ← OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98
40	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta al lugar en que lo(la) atendieron? <b>SI NO PAGÓ ANOTE '00000'</b> <b>SI NO SABE ANOTE '99998'</b>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta recibida por (NOMBRE)?  <b>SI RESPONDE QUE PAGO TODO , SONDEE SI EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO</b>	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO .... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO .... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO .... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8
42	¿Cuánto se pagó por la consulta de (NOMBRE)? <b>SI FUE GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE '000000'. SI NO SABE, ANOTE "999998"</b>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
43	A continuación le voy a preguntar sobre la forma de pago y la cantidad pagada por (NOMBRE) o la familia, por concepto de medicinas y exámenes relacionados con la consulta.	<b>SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'</b>	<b>SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'</b>	<b>SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'</b>
44	A. ¿Cuál fue la forma de pago de las medicinas utilizadas por (NOMBRE)? B. ¿Cuánto se pagó por medicinas?	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
45	A. ¿Cuál fue la forma de pago de los exámenes de laboratorio realizados a (NOMBRE)? B. ¿Cuánto se pagó por exámenes de laboratorio?	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
46	A. ¿Cuál fue la forma de pago de los otros exámenes (placas, sonografías, etc) realizados a (NOMBRE)? B. ¿Cuánto se pagó por los otros exámenes?	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
47	<b>SÓLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL PORQUE NO SABEN O NO RECUERDAN CADA PAGO</b> <b>TOTAL</b>	<b>SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL</b> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL</b> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL</b> RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
48	<b>SI CÓDIGO '3' EN 41, O 44A, 45A, 46A, PREGUNTE:</b> ¿Cuánto les devolvió el seguro en total? <b>SI NO SABE ANOTE '999998'</b>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>CÓDIGOS PARA FORMA DE PAGO EN P44A, P45A Y P46A:</b> 1. FUE GRATIS      3. PAGO TODO PERO EL SEGURO DE-      4. EL SEGURO CUBRIO PARTE      6. OTRA      7. NO USÓ MEDICINAS O NO SE HIZO      8. NO SABE 2. PAGO TODO      VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO      5. EL SEGURO CUBRIO TODO      EXAMENES DE LABORATORIO, ETC.				

38	RD\$ <input type="text"/> (PASE A 49) ←	RD\$ <input type="text"/> (PASE A 49) ←	RD\$ <input type="text"/> (PASE A 49) ←	RD\$ <input type="text"/> (PASE A 49) ←
39	HOSPITAL DE SESPAS .....01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS .....02 CLINICA RURAL DE SESPAS.....03 HOSPITAL DEL IDSS .....04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS .....05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR .....06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO .....07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO .....08 EN EL HOGAR .....09 (PASE A 41) ← OTRO .....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE .....98	HOSPITAL DE SESPAS .....01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS .....02 CLINICA RURAL DE SESPAS.....03 HOSPITAL DEL IDSS .....04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS .....05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR .....06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO .....07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO .....08 EN EL HOGAR .....09 (PASE A 41) ← OTRO .....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE .....98	HOSPITAL DE SESPAS .....01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS .....02 CLINICA RURAL DE SESPAS.....03 HOSPITAL DEL IDSS .....04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS .....05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR .....06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO .....07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO .....08 EN EL HOGAR .....09 (PASE A 41) ← OTRO .....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE .....98	HOSPITAL DE SESPAS .....01 CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS .....02 CLINICA RURAL DE SESPAS.....03 HOSPITAL DEL IDSS .....04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS .....05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR .....06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO .....07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO .....08 EN EL HOGAR .....09 (PASE A 41) ← OTRO .....96 (ESPECIFIQUE) NO SABE .....98
40	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
41	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DE- VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8
42	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
43	SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'	SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'	SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'	SI NO USÓ MEDICINAS, ETC., DEJE LAS CASILLAS DE MONTO EN BLANCO. SI RECIBIÓ LOS SERVICIOS GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE "000000". SI NO SABE CUANTO PAGÓ, ANOTE '999998'
44	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>
45	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>
46	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>	FORMA DE PAGO <input type="text"/> RD\$ <input type="text"/>
47	SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL RD\$ <input type="text"/>	SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL RD\$ <input type="text"/>	SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL RD\$ <input type="text"/>	SOLO PARA LOS QUE DICEN UNA SUMA GLOBAL RD\$ <input type="text"/>
48	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
<b>CÓDIGOS PARA FORMA DE PAGO EN P44A, P45A Y P46A:</b> 1. FUE GRATIS      3. PAGO TODO PERO EL SEGURO DE-      4. EL SEGURO CUBRIO PARTE      6. OTRA      7. NO USÓ MEDICINAS O NO SE HIZO      8. NO SABE 2. PAGO TODO      VOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO      5. EL SEGURO CUBRIO TODO      EXAMENES DE LABORATORIO, ETC.				

49	En los últimos 30 días ¿recibió o utilizó (NOMBRE) algún servicio o procedimiento preventivo de salud, como vacunación, chequeo de embarazo, planificación familiar u otros?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←
50	¿Qué tipo de servicio o atención preventiva recibió o utilizó (NOMBRE)?	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 98	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 98	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 98
51	¿Dónde tuvo lugar la consulta o atención?	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 98	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 98	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 98
52	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta o atención recibida por (NOMBRE)?  <b>SI RESPONDE QUE PAGO TODO, SONDEE SI EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO</b>	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 8	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 8	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE)..... NO SABE..... 8
53	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consulta, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención preventiva? <b>SI FUE GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE '000000'. SI NO SABE, ANOTE '999998'</b>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
54	<b>SI CÓDIGO '3' EN P52, PREGUNTE:</b> ¿Cuánto les devolvió el seguro? <b>SI NO SABE ANOTE '99998'</b>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
55	¿En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algún problema con la dentadura, aunque fuesen problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encía u otro?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←
56	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
57	¿En los últimos 6 meses consultó (NOMBRE) con un dentista para tratar algunos de esos problemas dentales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
58	¿En los últimos 6 meses hizo (NOMBRE) una visita odontológica preventiva?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63		SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63	SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63	SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63

49	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 55) ←
50	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	VACUNACIÓN..... 01 CONTROL DE EMBARAZO..... 02 CONTROL DE CRECIMIENTO..... 03 PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 04 EXAMEN DE SENOS/MAMOGRAFIA..... 05 PRUEBA DE PAPANICOLAU..... 06 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98
51	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	HOSPITAL DE SESPAS..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO..... 08 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98
52	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	FUE GRATIS..... 1 PAGO TODO..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8
53	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>	RD\$ <input type="text"/>
54	SI CÓDIGO '3' EN P52, PREGUNTE: RD\$ <input type="text"/>	SI CÓDIGO '3' EN P52, PREGUNTE: RD\$ <input type="text"/>	SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 52 RD\$ <input type="text"/>	SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 52 RD\$ <input type="text"/>
55	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 58) ←
56	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
57	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
58	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8
	SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63	SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63	SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63	SI RESPONDIO "SI" EN P57 O P58 PASE A 59, DE LO CONTRARIO PASE A 63

<p>59 ¿Dónde tuvo lugar la consulta odontológica o la visita preventiva?</p>	<p>HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO ..... 02 DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 98</p>	<p>HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO ..... 02 DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 98</p>	<p>HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO ..... 02 DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 98</p>
<p>60 ¿Cuál fue la forma de pago de la consulta/visita preventiva que (NOMBRE) hizo con el dentista?</p> <p><b>SI RESPONDE QUE PAGO TODO , SONDEE SI EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO</b></p>	<p>FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 8</p>	<p>FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 8</p>	<p>FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 8</p>
<p>61 ¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)?</p> <p><b>SI FUE GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE '000000'. SI NO SABE, ANOTE "999998"</b></p>	<p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p>RD\$ <input type="text"/></p>
<p>62 <b>SI CÓDIGO '3' EN P60, PREGUNTE:</b></p> <p>¿Cuánto les devolvió el seguro?</p> <p><b>SI NO SABE ANOTE '999998'</b></p>	<p><b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 60</b></p> <p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p><b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 60</b></p> <p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p><b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 60</b></p> <p>RD\$ <input type="text"/></p>
<p>63 ¿En los últimos 6 meses, ha realizado (NOMBRE) consultas de fisioterapias, psicoterapias, rehabilitación por drogas o alcohol?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 68) ←</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 68) ←</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8 (PASE A 68) ←</p>
<p>64 ¿Dónde tuvo lugar la consulta?</p>	<p>HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO ..... 02 DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 98</p>	<p>HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO ..... 02 DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 98</p>	<p>HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO ..... 02 DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 98</p>
<p>65 ¿Cuál fue la forma de pago de la consulta o atención recibida por (NOMBRE)?</p> <p><b>SI RESPONDE QUE PAGO TODO , SONDEE SI EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO</b></p>	<p>FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 8</p>	<p>FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 8</p>	<p>FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) ..... NO SABE ..... 8</p>
<p>66 ¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la consulta?</p> <p><b>SI FUE GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE '000000'. SI NO SABE, ANOTE "999998"</b></p>	<p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p>RD\$ <input type="text"/></p>
<p>67 <b>SI CODIGO '3' EN P65, PREGUNTE:</b></p> <p>¿Cuánto les devolvió el seguro?</p> <p><b>SI NO SABE ANOTE '999998'</b></p>	<p><b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 65</b></p> <p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p><b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 65</b></p> <p>RD\$ <input type="text"/></p>	<p><b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 65</b></p> <p>RD\$ <input type="text"/></p>



68	En los últimos 6 meses, ¿tuvo (NOMBRE) alguna enfermedad o accidente, parto, problemas en el embarazo, u otra causa <b>por la cual estuvo interno(a)</b> ?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←
69	¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?			
70	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
71	¿Dónde estuvo (NOMBRE) interno(a)?	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98
72	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno? <b>SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS.</b> <b>SI MENOS DE TRES MESES ANOTE SEMANAS.</b> <b>SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES</b>	DIAS ..... 1 SEMANAS ..... 2 MESES ..... 3	DIAS ..... 1 SEMANAS ..... 2 MESES ..... 3	DIAS ..... 1 SEMANAS ..... 2 MESES ..... 3
73	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)?  <b>SI RESPONDE QUE PAGO TODO , SONDEE SI EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO</b>	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8
74	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en tota por internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.? <b>SI FUE GRATIS, O EL SEGURO CUBRIO TODO, ANOTE '000000'. SI NO SABE, ANOTE "999998"</b>	RD\$	RD\$	RD\$
75	<b>SI CODIGO '3' EN P73, PREGUNTE:</b> ¿Cuánto devolvió el seguro?	<b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73</b> RD\$	<b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73</b> RD\$	<b>SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73</b> RD\$
	<b>SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77</b>	<b>SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77</b>	<b>SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77</b>	<b>SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77</b>
76	¿De dónde obtuvo el dinero (NOMBRE) o la familia para pagar la cuenta de internamiento?	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL.... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS .... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL.... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS .... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL.... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS .... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)



68	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 77) ←
69	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>
70	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
71	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	HOSPITAL DE SESPAS ..... 01 CONSULTORIO / DISPENSARIO DE SESPAS ..... 02 CLINICA RURAL DE SESPAS..... 03 HOSPITAL DEL IDSS ..... 04 POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS ..... 05 HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR ..... 06 CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO ..... 07 CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98
72	DIAS .....1 <div></div> <div></div> SEMANAS .....2 <div></div> <div></div> MESES .....3 <div></div> <div></div>	DIAS .....1 <div></div> <div></div> SEMANAS .....2 <div></div> <div></div> MESES .....3 <div></div> <div></div>	DIAS .....1 <div></div> <div></div> SEMANAS .....2 <div></div> <div></div> MESES .....3 <div></div> <div></div>	DIAS .....1 <div></div> <div></div> SEMANAS .....2 <div></div> <div></div> MESES .....3 <div></div> <div></div>
73	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8	FUE GRATIS ..... 1 PAGO TODO ..... 2 PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOL- VIO TODO O PARTE DEL DINERO ..... 3 EL SEGURO CUBRIO PARTE..... 4 EL SEGURO CUBRIO TODO ..... 5 OTRA ..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 8
74	RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
75	SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73 RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73 RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73 RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	SÓLO SI CÓDIGO '3' EN 73 RD\$ <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
	SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77	SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77	SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77	SI CODIGO '1' O '5' EN PREGUNTA 73: PASE A 77
76	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL..... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS ..... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR ..... 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL..... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS ..... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR ..... 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL..... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS ..... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR ..... 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	TENIA AHORRADO ..... 1 PRESTAMO BANCARIO/INSTITUCIONAL..... 2 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL PAIS ..... 3 DONACION O PRESTAMO DE FAMILIARES Y AMIGOS EN EL EXTERIOR ..... 4 TUVO QUE VENDER ACTIVOS ..... 5 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)

77	¿Tiene (NOMBRE) alguna(s) de las siguientes deficiencias o discapacidades?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ceguera total</td> <td>CEGUERA TOTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Ceguera parcial</td> <td>CEGUERA PARCIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sordera total</td> <td>SORDERA TOTAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sordera parcial</td> <td>SORDERA PARCIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)</td> <td>NO PUEDE HABLAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Habla con dificultad</td> <td>HABLA CON DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)</td> <td>NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad</td> <td>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otra deficiencia/discapacidad</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	Ceguera total	CEGUERA TOTAL .....	1	2	8	Ceguera parcial	CEGUERA PARCIAL.....	1	2	8	Sordera total	SORDERA TOTAL.....	1	2	8	Sordera parcial	SORDERA PARCIAL.....	1	2	8	No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)	NO PUEDE HABLAR.....	1	2	8	Habla con dificultad	HABLA CON DIFICULTAD.....	1	2	8	No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)	NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....	1	2	8	No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad	NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..	1	2	8	Otra deficiencia/discapacidad	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ceguera total</td> <td>CEGUERA TOTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Ceguera parcial</td> <td>CEGUERA PARCIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sordera total</td> <td>SORDERA TOTAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sordera parcial</td> <td>SORDERA PARCIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)</td> <td>NO PUEDE HABLAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Habla con dificultad</td> <td>HABLA CON DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)</td> <td>NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad</td> <td>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otra deficiencia/discapacidad</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	Ceguera total	CEGUERA TOTAL .....	1	2	8	Ceguera parcial	CEGUERA PARCIAL.....	1	2	8	Sordera total	SORDERA TOTAL.....	1	2	8	Sordera parcial	SORDERA PARCIAL.....	1	2	8	No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)	NO PUEDE HABLAR.....	1	2	8	Habla con dificultad	HABLA CON DIFICULTAD.....	1	2	8	No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)	NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....	1	2	8	No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad	NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..	1	2	8	Otra deficiencia/discapacidad	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ceguera total</td> <td>CEGUERA TOTAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Ceguera parcial</td> <td>CEGUERA PARCIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sordera total</td> <td>SORDERA TOTAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sordera parcial</td> <td>SORDERA PARCIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)</td> <td>NO PUEDE HABLAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Habla con dificultad</td> <td>HABLA CON DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)</td> <td>NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad</td> <td>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otra deficiencia/discapacidad</td> <td>OTRA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	Ceguera total	CEGUERA TOTAL .....	1	2	8	Ceguera parcial	CEGUERA PARCIAL.....	1	2	8	Sordera total	SORDERA TOTAL.....	1	2	8	Sordera parcial	SORDERA PARCIAL.....	1	2	8	No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)	NO PUEDE HABLAR.....	1	2	8	Habla con dificultad	HABLA CON DIFICULTAD.....	1	2	8	No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)	NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....	1	2	8	No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad	NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..	1	2	8	Otra deficiencia/discapacidad	OTRA .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
Ceguera total	CEGUERA TOTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																															
Ceguera parcial	CEGUERA PARCIAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Sordera total	SORDERA TOTAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Sordera parcial	SORDERA PARCIAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)	NO PUEDE HABLAR.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Habla con dificultad	HABLA CON DIFICULTAD.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)	NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad	NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..	1	2	8																																																																																																																																																															
Otra deficiencia/discapacidad	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																															
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
Ceguera total	CEGUERA TOTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																															
Ceguera parcial	CEGUERA PARCIAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Sordera total	SORDERA TOTAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Sordera parcial	SORDERA PARCIAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)	NO PUEDE HABLAR.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Habla con dificultad	HABLA CON DIFICULTAD.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)	NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad	NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..	1	2	8																																																																																																																																																															
Otra deficiencia/discapacidad	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																															
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
Ceguera total	CEGUERA TOTAL .....	1	2	8																																																																																																																																																															
Ceguera parcial	CEGUERA PARCIAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Sordera total	SORDERA TOTAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Sordera parcial	SORDERA PARCIAL.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)	NO PUEDE HABLAR.....	1	2	8																																																																																																																																																															
Habla con dificultad	HABLA CON DIFICULTAD.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)	NO PUEDE CAMINAR/ CAMINA CON DIFICULTAD.....	1	2	8																																																																																																																																																															
No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad	NO PUEDE AGARRAR OBJETOS..	1	2	8																																																																																																																																																															
Otra deficiencia/discapacidad	OTRA .....	1	2	8																																																																																																																																																															
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																			
78	VERIFIQUE EN PREGUNTA 77 SI TIENE ALGUNA DEFICIENCIA O DISCAPACIDAD (CÓDIGO '1' EN ALGUNA OPCION)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASE A 82) ←</td> </tr> </tbody> </table>	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....	1	NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....	2	(PASE A 82) ←		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASE A 82) ←</td> </tr> </tbody> </table>	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....	1	NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....	2	(PASE A 82) ←		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASE A 82) ←</td> </tr> </tbody> </table>	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....	1	NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....	2	(PASE A 82) ←																																																																																																																																														
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....	1																																																																																																																																																																		
NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....	2																																																																																																																																																																		
(PASE A 82) ←																																																																																																																																																																			
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....	1																																																																																																																																																																		
NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....	2																																																																																																																																																																		
(PASE A 82) ←																																																																																																																																																																			
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD .....	1																																																																																																																																																																		
NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD .....	2																																																																																																																																																																		
(PASE A 82) ←																																																																																																																																																																			
PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82		PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82	PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82	PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82																																																																																																																																																															
79	¿Esa(s) discapacidad(es) o deficiencia(s) le impide(n) a (NOMBRE) realizar algún trabajo remunerado, trabajo doméstico o ir a la escuela/universidad?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRABAJO REMUNERADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRABAJO DOMESTICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TRABAJO REMUNERADO.....	1	2	8	TRABAJO DOMESTICO.....	1	2	8	IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD.	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRABAJO REMUNERADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRABAJO DOMESTICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TRABAJO REMUNERADO.....	1	2	8	TRABAJO DOMESTICO.....	1	2	8	IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD.	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRABAJO REMUNERADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRABAJO DOMESTICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	TRABAJO REMUNERADO.....	1	2	8	TRABAJO DOMESTICO.....	1	2	8	IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD...	1	2	8																																																																																																															
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
TRABAJO REMUNERADO.....	1	2	8																																																																																																																																																																
TRABAJO DOMESTICO.....	1	2	8																																																																																																																																																																
IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD.	1	2	8																																																																																																																																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
TRABAJO REMUNERADO.....	1	2	8																																																																																																																																																																
TRABAJO DOMESTICO.....	1	2	8																																																																																																																																																																
IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD.	1	2	8																																																																																																																																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
TRABAJO REMUNERADO.....	1	2	8																																																																																																																																																																
TRABAJO DOMESTICO.....	1	2	8																																																																																																																																																																
IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD...	1	2	8																																																																																																																																																																
SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82		SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82																																																																																																																																																															
80	¿Cuáles son los principales obstáculos que le impiden a (NOMBRE) realizar trabajo remunerado o doméstico, o ir a la escuela/universidad?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Los medios de transporte no tienen rampa</td> <td>VEHICULOS SIN RAMPA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas</td> <td>ACERAS ESTRECHAS, ETC .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)</td> <td>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso</td> <td>EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E. La gente se ríe/burla</td> <td>LA GENTE SE BURLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>X. Otro obstáculo o problema</td> <td>OTRO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A. Los medios de transporte no tienen rampa	VEHICULOS SIN RAMPA .....	1	2	8	B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas	ACERAS ESTRECHAS, ETC .....	1	2	8	C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)	ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....	1	2	8	D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso	EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....	1	2	8	E. La gente se ríe/burla	LA GENTE SE BURLA.....	1	2	8	X. Otro obstáculo o problema	OTRO .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Los medios de transporte no tienen rampa</td> <td>VEHICULOS SIN RAMPA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas</td> <td>ACERAS ESTRECHAS, ETC .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)</td> <td>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso</td> <td>EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E. La gente se ríe/burla</td> <td>LA GENTE SE BURLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>X. Otro obstáculo o problema</td> <td>OTRO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A. Los medios de transporte no tienen rampa	VEHICULOS SIN RAMPA .....	1	2	8	B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas	ACERAS ESTRECHAS, ETC .....	1	2	8	C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)	ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....	1	2	8	D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso	EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....	1	2	8	E. La gente se ríe/burla	LA GENTE SE BURLA.....	1	2	8	X. Otro obstáculo o problema	OTRO .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Los medios de transporte no tienen rampa</td> <td>VEHICULOS SIN RAMPA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas</td> <td>ACERAS ESTRECHAS, ETC .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)</td> <td>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso</td> <td>EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E. La gente se ríe/burla</td> <td>LA GENTE SE BURLA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>X. Otro obstáculo o problema</td> <td>OTRO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	A. Los medios de transporte no tienen rampa	VEHICULOS SIN RAMPA .....	1	2	8	B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas	ACERAS ESTRECHAS, ETC .....	1	2	8	C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)	ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....	1	2	8	D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso	EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....	1	2	8	E. La gente se ríe/burla	LA GENTE SE BURLA.....	1	2	8	X. Otro obstáculo o problema	OTRO .....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)																																																
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
A. Los medios de transporte no tienen rampa	VEHICULOS SIN RAMPA .....	1	2	8																																																																																																																																																															
B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas	ACERAS ESTRECHAS, ETC .....	1	2	8																																																																																																																																																															
C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)	ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....	1	2	8																																																																																																																																																															
D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso	EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....	1	2	8																																																																																																																																																															
E. La gente se ríe/burla	LA GENTE SE BURLA.....	1	2	8																																																																																																																																																															
X. Otro obstáculo o problema	OTRO .....	1	2	8																																																																																																																																																															
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
A. Los medios de transporte no tienen rampa	VEHICULOS SIN RAMPA .....	1	2	8																																																																																																																																																															
B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas	ACERAS ESTRECHAS, ETC .....	1	2	8																																																																																																																																																															
C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)	ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....	1	2	8																																																																																																																																																															
D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso	EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....	1	2	8																																																																																																																																																															
E. La gente se ríe/burla	LA GENTE SE BURLA.....	1	2	8																																																																																																																																																															
X. Otro obstáculo o problema	OTRO .....	1	2	8																																																																																																																																																															
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																			
	SI	NO	NS																																																																																																																																																																
A. Los medios de transporte no tienen rampa	VEHICULOS SIN RAMPA .....	1	2	8																																																																																																																																																															
B. Las aceras son estrechas/tienen obstáculos sin rampas	ACERAS ESTRECHAS, ETC .....	1	2	8																																																																																																																																																															
C. Los centros educativos no tienen facilidades (rampas, ascensores)	ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. ....	1	2	8																																																																																																																																																															
D. Los edificios de las fábricas y oficinas no tienen facilidades de acceso	EDIFICIOS SIN FACILIDADES DE ACCESO.....	1	2	8																																																																																																																																																															
E. La gente se ríe/burla	LA GENTE SE BURLA.....	1	2	8																																																																																																																																																															
X. Otro obstáculo o problema	OTRO .....	1	2	8																																																																																																																																																															
(ESPECIFIQUE)																																																																																																																																																																			
81	¿Desde hace cuánto tiempo (NOMBRE) no puede trabajar/estudiar por esa(s) discapacidad(es)? SI MENOS DE 1 AÑO ANOTE '00',	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>AÑOS.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SI NO SABE ANOTE "98"</td> </tr> </tbody> </table>	AÑOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI NUNCA PUDO ANOTE "95"			SI NO SABE ANOTE "98"			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>AÑOS.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SI NO SABE ANOTE "98"</td> </tr> </tbody> </table>	AÑOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI NUNCA PUDO ANOTE "95"			SI NO SABE ANOTE "98"			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>AÑOS.....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SI NO SABE ANOTE "98"</td> </tr> </tbody> </table>	AÑOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI NUNCA PUDO ANOTE "95"			SI NO SABE ANOTE "98"																																																																																																																																						
AÑOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																	
SI NUNCA PUDO ANOTE "95"																																																																																																																																																																			
SI NO SABE ANOTE "98"																																																																																																																																																																			
AÑOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																	
SI NUNCA PUDO ANOTE "95"																																																																																																																																																																			
SI NO SABE ANOTE "98"																																																																																																																																																																			
AÑOS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																	
SI NUNCA PUDO ANOTE "95"																																																																																																																																																																			
SI NO SABE ANOTE "98"																																																																																																																																																																			
82	En los últimos tres meses ¿ha estado (NOMBRE) enfermo(a) con tos y catarro por más de 15 días?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASE A 84) ←</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2	(PASE A 84) ←		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASE A 84) ←</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2	(PASE A 84) ←		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASE A 84) ←</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2	(PASE A 84) ←																																																																																																																																														
SI.....	1																																																																																																																																																																		
NO.....	2																																																																																																																																																																		
(PASE A 84) ←																																																																																																																																																																			
SI.....	1																																																																																																																																																																		
NO.....	2																																																																																																																																																																		
(PASE A 84) ←																																																																																																																																																																			
SI.....	1																																																																																																																																																																		
NO.....	2																																																																																																																																																																		
(PASE A 84) ←																																																																																																																																																																			
83	¿Fue (NOMBRE) a un establecimiento de salud para atenderse esa tos y catarro?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	SI.....	1	NO.....	2																																																																																																																																																			
SI.....	1																																																																																																																																																																		
NO.....	2																																																																																																																																																																		
SI.....	1																																																																																																																																																																		
NO.....	2																																																																																																																																																																		
SI.....	1																																																																																																																																																																		
NO.....	2																																																																																																																																																																		
84		PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA																																																																																																																																																															
<div style="text-align: right;"> HORA <input type="text"/><input type="text"/>  MINUTOS <input type="text"/><input type="text"/>  ANOTE LA HORA DE FINALIZACION DE LA ENTREVISTA </div>																																																																																																																																																																			

1	04	05	06	07
2	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
3	EDAD	EDAD	EDAD	EDAD
77	<p>SI NO NS</p> <p>CEGUERA TOTAL ..... 1 2 8</p> <p>CEGUERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA TOTAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE HABLAR..... 1 2 8</p> <p>HABLA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE CAMINAR/..... 1 2 8</p> <p>CAMINA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS.. 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SI NO NS</p> <p>CEGUERA TOTAL ..... 1 2 8</p> <p>CEGUERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA TOTAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE HABLAR..... 1 2 8</p> <p>HABLA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE CAMINAR/..... 1 2 8</p> <p>CAMINA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS. 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SI NO NS</p> <p>CEGUERA TOTAL ..... 1 2 8</p> <p>CEGUERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA TOTAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE HABLAR..... 1 2 8</p> <p>HABLA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE CAMINAR/..... 1 2 8</p> <p>CAMINA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS. 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SI NO NS</p> <p>CEGUERA TOTAL ..... 1 2 8</p> <p>CEGUERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA TOTAL..... 1 2 8</p> <p>SORDERA PARCIAL..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE HABLAR..... 1 2 8</p> <p>HABLA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE CAMINAR/..... 1 2 8</p> <p>CAMINA CON DIFICULTAD..... 1 2 8</p> <p>NO PUEDE AGARRAR OBJETOS. 1 2 8</p> <p>OTRA..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
78	<p>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ..... 1</p> <p>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD ..... 2</p> <p>(PASE A 82)</p>	<p>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ..... 1</p> <p>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD ..... 2</p> <p>(PASE A 82)</p>	<p>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ..... 1</p> <p>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD ..... 2</p> <p>(PASE A 82)</p>	<p>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ..... 1</p> <p>NO TIENE NINGUNA DISCAPACIDAD ..... 2</p> <p>(PASE A 82)</p>
	PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82	PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82	PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82	PARA 6 AÑOS Y MÁS. SI NO, PASE A 82
79	<p>SI NO NS</p> <p>TRABAJO REMUNERADO..... 1 2 8</p> <p>TRABAJO DOMESTICO..... 1 2 8</p> <p>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD..... 1 2 8</p>	<p>SI NO NS</p> <p>TRABAJO REMUNERADO..... 1 2 8</p> <p>TRABAJO DOMESTICO..... 1 2 8</p> <p>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD..... 1 2 8</p>	<p>SI NO NS</p> <p>TRABAJO REMUNERADO..... 1 2 8</p> <p>TRABAJO DOMESTICO..... 1 2 8</p> <p>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD..... 1 2 8</p>	<p>SI NO NS</p> <p>TRABAJO REMUNERADO..... 1 2 8</p> <p>TRABAJO DOMESTICO..... 1 2 8</p> <p>IR A LA ESCUELA/UNIVERSIDAD..... 1 2 8</p>
	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82	SI NINGUN "SI" (COD. 1) EN P79, PASE A 82
80	<p>SI NO NS</p> <p>VEHICULOS SIN RAMPA ..... 1 2 8</p> <p>ACERAS ESTRECHAS, ETC ..... 1 2 8</p> <p>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. .... 1 2 8</p> <p>EDIFICIOS SIN FACILIDADES</p> <p>DE ACCESO..... 1 2 8</p> <p>LA GENTE SE BURLA..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SI NO NS</p> <p>VEHICULOS SIN RAMPA ..... 1 2 8</p> <p>ACERAS ESTRECHAS, ETC ..... 1 2 8</p> <p>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. .... 1 2 8</p> <p>EDIFICIOS SIN FACILIDADES</p> <p>DE ACCESO..... 1 2 8</p> <p>LA GENTE SE BURLA..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SI NO NS</p> <p>VEHICULOS SIN RAMPA ..... 1 2 8</p> <p>ACERAS ESTRECHAS, ETC ..... 1 2 8</p> <p>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. .... 1 2 8</p> <p>EDIFICIOS SIN FACILIDADES</p> <p>DE ACCESO..... 1 2 8</p> <p>LA GENTE SE BURLA..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SI NO NS</p> <p>VEHICULOS SIN RAMPA ..... 1 2 8</p> <p>ACERAS ESTRECHAS, ETC ..... 1 2 8</p> <p>ESCUELAS SIN RAMPAS, ETC. .... 1 2 8</p> <p>EDIFICIOS SIN FACILIDADES</p> <p>DE ACCESO..... 1 2 8</p> <p>LA GENTE SE BURLA..... 1 2 8</p> <p>OTRO..... 1 2 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
81	<p>AÑOS.....</p> <p>SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</p> <p>SI NO SABE ANOTE "98"</p>	<p>AÑOS.....</p> <p>SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</p> <p>SI NO SABE ANOTE "98"</p>	<p>AÑOS.....</p> <p>SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</p> <p>SI NO SABE ANOTE "98"</p>	<p>AÑOS.....</p> <p>SI NUNCA PUDO ANOTE "95"</p> <p>SI NO SABE ANOTE "98"</p>
82	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 84)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 84)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 84)</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>(PASE A 84)</p>
83	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
84	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA	PASE A SIGUIENTE PERSONA EN PREG. 32, PÁGINA 8. SI NO HAY MÁS, FIN DE LA ENTREVISTA
<p>ANOTE LA HORA DE FINALIZACION DE LA ENTREVISTA</p> <p>HORA</p> <p>MINUTOS</p>				

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

---

---

---

---

---

---

[illegible]

---

---

---

---

[illegible]

Fecha: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_