







| | | |
|-------------------|---|---|
| PROFAMILIA | ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD COLOMBIA AÑO 2.000 CUESTIONARIO DE HOGAR | CONFIDENCIAL <small>La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos</small> |
|-------------------|---|---|

| | |
|--|--------|
| I. IDENTIFICACIÓN | |
| 1. SEGMENTO No. [][][][] | |
| 2. VIVIENDA No. [][] | |
| 3. HOGAR [] | |
| DIRECCIÓN: _____ | |
| 4. DEPARTAMENTO: _____ | [][] |
| 5. MUNICIPIO: _____ | [][] |
| 6. ÁREA: CAB.MUNICIPAL..... 1 | |
| RESTO (C.P.)..... 2 RESTO (DISP.).....3 | [] |
| 7. ÁREA DE MUESTREO [][][] | |
| 8. NÚMERO DE VISITAS [][] | |
| 9. RESULTADO DE LA ENTREVISTA [][] | |
| 10. NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR [][] | |
| 11. NÚMERO DE MUJERES ELEGIBLES [][] | |
| 12. NÚMERO DE ORDEN DEL INFORMANTE [][] | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| II. DATOS DE CONTROL | | | | ENTREVISTADORA [][] |
| HOJA [] DE [] | | | | SUPERVISORA [][] |
| RESULTADO DE LAS VISITAS AL HOGAR | | | | CRÍTICA DE CAMPO [][] |
| CRÍTICA DE OFICINA [][] | | | | DIGITADO POR [][] |
| CÓDIGOS DE RESULTADO | | | | |
| 1 COMPLETA | | | | |
| 2 RECHAZO | | | | |
| 3 AUSENTE MOMENTÁNEO | | | | |
| 4 AUSENTE TEMPORAL | | | | |
| 5 AUSENTE NO RECUPERABLE | | | | |
| 6 VIVIENDA DESOCUPADA | | | | |
| 7 CAMBIO DE USO | | | | |
| 8 OTRO: _____ | | | | |
| FECHA ÚLTIMA VISITA | | | | |
| [][][] [][] [][][][] | | | | RESULTADO [] |
| DÍA MES AÑO | | | | |

| | |
|--|---|
| III. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR | |
| 1. Cuál es la principal fuente de abastecimiento del agua que utilizan los miembros de este hogar para lavarse las manos y lavar los platos? RED PÚBLICA (ACUEDUCTO)..... 11 ACUEDUCTO PRIVADO..... 12 → PASE A 5 PILA PÚBLICA..... 21 POZO O ALJIBE..... 22 RIO, ACEQUIA, MANANTIAL..... 31 CAMIÓN, TANQUE AGUATERO..... 41 AGUA LLUVIA..... 51 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) | 5. Con qué clase de servicio sanitario cuenta el hogar? INODORO CONECTADO AL ALCANTARILLADO..... 11 INODORO CONECTADO AL POZO SÉPTICO..... 12 LETRINA (POZO NEGRO, HOYO)..... 21 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO TIENE SANITARIO..... 31 → PASE A 6 |
| 2. Cuánto tiempo se gasta en ir allá a recoger agua y volver? MINUTOS..... [][][] EN EL SITIO..... 996 | 5a. Comparte el servicio sanitario con otras familias de esta vivienda? SI..... 1 NO..... 2 |
| 3. Consiguen el agua para beber de la misma fuente? SI..... 1 → PASE A 5 NO..... 2 | 6. Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente para cocinar? GAS..... 01 LEÑA..... 05 GASOLINA..... 02 CARBÓN..... 06 COCINOL..... 03 OTRO: _____ 96 LUZ ELECTRICA..... 04 (ESPECIFIQUE) |
| 4. Cuál es la principal fuente de abastecimiento del agua que usan para beber? RED PÚBLICA (ACUEDUCTO)..... 11 ACUEDUCTO PRIVADO..... 12 PILA PÚBLICA..... 21 POZO O ALJIBE..... 22 RIO, ACEQUIA, MANANTIAL..... 31 CAMIÓN, TANQUE AGUATERO..... 41 AGUA LLUVIA..... 51 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) | 7. Tiene en su hogar: SI NO a. Teléfono?..... 1 2 b. Luz eléctrica?..... 1 2 c. Radio?..... 1 2 d. Televisión?..... 1 2 e. Nevera?..... 1 2 |
| | 8. De cuántos cuartos dispone el hogar para dormir? [][] |
| | 9. Material predominante del piso de la vivienda ocupada por el hogar? (OBSERVE Y MARQUE LA RESPUESTA) ALFOMBRA..... 30 MADERA PULIDA..... 34 LADRILLO..... 31 MADERA SIN PULIR..... 35 BALDOSA..... 32 TIERRA/ARENA..... 11 CEMENTO..... 33 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) |

IV. COMPOSICIÓN DEL HOGAR





| | | | |
|--|--|---|--|
| 1. NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS | 01 | 02 | 03 |
| 2. Por favor dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar, hayan dormido o no anoche aquí; también los de las personas que están de visita. Comencemos por el jefe del hogar. | | | |
| 3. Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> |
| FAMILIA  TIPO  REC  N. SECUNDARIO |  CON QUIEN VIVE |  CON QUIEN VIVE |  CON QUIEN VIVE |

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

| | | | |
|--|---|---|--|
| 4. Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe del hogar? | JEFE DEL HOGAR 01 | CÓNYUGE..... 02 HIJA(O)..... 03 NUERA/YERNO..... 04 NIETA(O)..... 05 PADRES..... 06 SUEGROS..... 07 HERMANA(O)..... 08 CUÑADA(O)..... 09 HIJO ADOPTADO/CRIADO... 10 OTRO FAMILIAR..... 11 NO PARIENTE..... 12 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 13 | HIJA(O)..... 03 NUERA/YERNO..... 04 NIETA(O)..... 05 PADRES..... 06 SUEGROS..... 07 HERMANA(O)..... 08 CUÑADA(O)..... 09 HIJO ADOPTADO/CRIADO... 10 OTRO FAMILIAR..... 11 NO PARIENTE..... 12 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 13 |
| 5. Esta persona vive habitualmente aquí? | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 |
| 6. Durmió esta persona anoche aquí? | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 |
| 7. Es hombre o mujer? | H 1 M 2 | H 1 M 2 | H 1 M 2 |
| 8. Esta vivo el padre biológico de (NOMBRE)? | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 |
| 9. NÚMERO DE ORDEN DEL PADRE. SI EL PADRE NO VIVE EN EL HOGAR, ANOTE "00" | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. Esta viva la madre biológica de (NOMBRE)? | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 |
| 10A. NÚMERO DE ORDEN DE LA MADRE. SI LA MADRE NO VIVE EN EL HOGAR, ANOTE "00" | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NINOS DE 3 A 5 AÑOS | | | |
| 11. (NOMBRE) asiste a algún programa de aprendizaje temprano, en una institución privada o del gobierno, incluyendo jardín infantil? | | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 |
| 12. En los últimos 7 días, aproximadamente cuántas horas asistió a esa institución? | | No. DE HORAS <input type="text"/> (PASE A 30) ← | No. DE HORAS <input type="text"/> (PASE A 30) ← |
| PARA 12 AÑOS Y MAS | | | |
| 13. Cuál es el estado cónyugal de (NOMBRE)? | CASADA(O)..... 1 UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 | CASADA(O)..... 1 UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 | CASADA(O)..... 1 UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 |
| 14. En qué ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada (NOMBRE)? | TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO: 96 NO SABE..... 98 | TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO: 96 NO SABE..... 98 | TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO: 96 NO SABE..... 98 |
| 15. ENCIERRE NÚMERO DE ORDEN MUJER ELEGIBLE | 01 | 02 | 03 |
| 1. Hay personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI..... 1 NO..... 2 | 2. Hay personas que no son familiares, como empleados domésticos o amigos, que viven o duermen habitualmente aquí? SI..... 1 NO..... 2 | 3. Tiene Ud. huéspedes, visitantes temporales, o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI..... 1 NO..... 2 | |
| REGISTRELO EN COLUMNA RESPECTIVA | | | |




| | | | |
|--|--|--|--|
| HIJA(O)..... 03 | HIJA(O)..... 03 | HIJA(O)..... 03 | HIJA(O)..... 03 |
| NUERA/YERNO..... 04 | NUERA/YERNO..... 04 | NUERA/YERNO..... 04 | NUERA/YERNO..... 04 |
| NIETA(O)..... 05 | NIETA(O)..... 05 | NIETA(O)..... 05 | NIETA(O)..... 05 |
| PADRES..... 06 | PADRES..... 06 | PADRES..... 06 | PADRES..... 06 |
| SUEGROS..... 07 | SUEGROS..... 07 | SUEGROS..... 07 | SUEGROS..... 07 |
| HERMANA(O)..... 08 | HERMANA(O)..... 08 | HERMANA(O)..... 08 | HERMANA(O)..... 08 |
| CUÑADA(O)..... 09 | CUÑADA(O)..... 09 | CUÑADA(O)..... 09 | CUÑADA(O)..... 09 |
| HIJO ADOPTADO/CRÍADO..... 10 | HIJO ADOPTADO/CRÍADO..... 10 | HIJO ADOPTADO/CRÍADO..... 10 | HIJO ADOPTADO/CRÍADO..... 10 |
| OTRO FAMILIAR..... 11 | OTRO FAMILIAR..... 11 | OTRO FAMILIAR..... 11 | OTRO FAMILIAR..... 11 |
| NO PARIENTE..... 12 | NO PARIENTE..... 12 | NO PARIENTE..... 12 | NO PARIENTE..... 12 |
| EMPLEADA DOMÉSTICA..... 13 | EMPLEADA DOMÉSTICA..... 13 | EMPLEADA DOMÉSTICA..... 13 | EMPLEADA DOMÉSTICA..... 13 |
| SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 |
| SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 | SI 1 NO 2 |
| H 1 M 2 | H 1 M 2 | H 1 M 2 | H 1 M 2 |
| SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 | SI 1 NO 2 NO SABE 8 → PASE A 11 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NINOS DE 3 A 5 AÑOS SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 |
| No. DE HORAS <input type="checkbox"/> (PASE A 30) ← | No. DE HORAS <input type="checkbox"/> (PASE A 30) ← | No. DE HORAS <input type="checkbox"/> (PASE A 30) ← | No. DE HORAS <input type="checkbox"/> (PASE A 30) ← |
| PARA 12 AÑOS Y MÁS UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 | UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 | UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 | UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8 |
| TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO:..... 96 NO SABE..... 98 | TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO:..... 96 NO SABE..... 98 | TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO:..... 96 NO SABE..... 98 | TRABAJÓ..... 01 BUSCÓ TRABAJO..... 02 ESTUDIÓ..... 03 OFICIOS DEL HOGAR..... 04 PENSIONADO..... 05 RENTISTA..... 06 INCAPACITADO..... 07 OTRO:..... 96 NO SABE..... 98 |
| 04 | 05 | 06 | 07 |
| 1. Hay personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI..... 1 NO..... 2 | 2. Hay personas que no son familiares, como empleados domésticos o amigos, que viven o duermen habitualmente aquí? SI..... 1 NO..... 2 | 3. Tiene Ud. huéspedes, visitantes temporales, o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI..... 1 NO..... 2 | |
| REGISTRELO EN COLUMNA RESPECTIVA | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS | | | |
| 16. (NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela? | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 |
| 17. Cuál es el nivel y grado escolar más alto que ha alcanzado (NOMBRE)? | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> |
| PERSONAS DE 6 A 24 AÑOS | | | |
| 18. Está (NOMBRE) asistiendo actualmente a la escuela, colegio o universidad? | SI 1 → PASE A 20 NO 2 | SI 1 → PASE A 20 NO 2 | SI 1 → PASE A 20 NO 2 |
| 19. Durante el actual año escolar (NOMBRE), asistió a la escuela, colegio o universidad? | SI 1 NO 2 → PASE A 21 | SI 1 NO 2 → PASE A 21 | SI 1 NO 2 → PASE A 21 |
| 20. Durante el actual año escolar, a qué nivel y grado está asistiendo (NOMBRE)? | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> |
| 21. Durante el año escolar anterior (NOMBRE), asistió a la escuela, colegio o universidad en algún momento? | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 |
| 22. Durante ese año escolar, a qué nivel y grado asistió (NOMBRE)? | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> |
| PERSONAS DE 6 a 17 AÑOS | | | |
| 23. Durante la semana pasada (NOMBRE), hizo algún tipo de trabajo para alguien que no es miembro de este hogar? | SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 | SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 | SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 |
| 24. Aproximadamente cuántas horas a la semana trabajó (NOMBRE)? | No. Horas <input type="text"/> | No. Horas <input type="text"/> | No. Horas <input type="text"/> |
| 25. Durante la semana pasada (NOMBRE), ayudó en los quehaceres domésticos de la casa? Por ejemplo: cocinar, hacer compras, limpiar, lavar ropa, cuidar los niños. | SI 1 NO 2 → PASE A 27 | SI 1 NO 2 → PASE A 27 | SI 1 NO 2 → PASE A 27 |
| 26. Aproximadamente cuántas horas a la semana dedicó (NOMBRE) a los quehaceres domésticos? | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> |
| 27. Durante la semana pasada (NOMBRE), hizo algún trabajo para algún miembro del hogar por fuera de la casa? | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 |
| 28. Aproximadamente cuántas horas a la semana trabajó (NOMBRE)? | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> |
| INFORMANTE | | | |
| 29. A su familia le aplicaron la encuesta SISBEN? | SI 1 NO 2 | | |
| TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR | | | |
| 30. (NOMBRE) está afiliado o es beneficiario de una entidad del Sistema de Seguridad Social en salud? SI, Si, a cuál entidad pertenece? EDUCADORES, ECOPETROL, FUERZAS MILITARES | I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 | I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 | I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 |
| 31. Cómo cree que es su (el) estado de salud en general de (NOMBRE)? | MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 | MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 | MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 |

| 04 | 05 | 06 | 07 |
|--|--|--|--|
| | | | |
| AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> | AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> |
|  CON QUIEN VIVE |  CON QUIEN VIVE |  CON QUIEN VIVE |  CON QUIEN VIVE |
| PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS | | | |
| SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 |
| NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> |
| PERSONAS DE 6 A 24 AÑOS | | | |
| SI 1 → PASE A 20 NO 2 | SI 1 → PASE A 20 NO 2 | SI 1 → PASE A 20 NO 2 | SI 1 → PASE A 20 NO 2 |
| SI 1 NO 2 → PASE A 21 | SI 1 NO 2 → PASE A 21 | SI 1 NO 2 → PASE A 21 | SI 1 NO 2 → PASE A 21 |
| NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> |
| SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 | SI 1 NO 2 → PASE A 23 |
| NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> | NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> |
| PERSONAS DE 6 a 17 AÑOS | | | |
| SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 | SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 | SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 | SI, CON PAGA 1 SI, SIN PAGA 2 NO 3 → PASE A 25 |
| No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> |
| SI 1 NO 2 → PASE A 27 | SI 1 NO 2 → PASE A 27 | SI 1 NO 2 → PASE A 27 | SI 1 NO 2 → PASE A 27 |
| No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> |
| SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 | SI 1 NO 2 → PASE A 30 |
| No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> | No. HORAS <input type="text"/> |
| TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR | | | |
| I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 | I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 | I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 | I.S.S..... 1 OTRA EPS..... 2 ARS..... 3 OTRO RÉGIMEN..... 4 NO ESTÁ AFILIADO(A)..... 5 NO SABE..... 8 |
| MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 | MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 | MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 | MUY BUENO..... 1 BUENO..... 2 REGULAR..... 3 MALO..... 4 |

| ENFERMEDADES | | | |
|--|--|--|--|
| 32. En los últimos treinta días, alguna persona de este hogar estuvo enferma, tuvo un accidente, tuvo algún problema odontológico u otro problema de salud? Si..... 1 No..... 2 → PASE A 36 ESCRIBA NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN | _____ (NOMBRE) [][] NÚMERO ORDEN | _____ (NOMBRE) [][] NÚMERO ORDEN | _____ (NOMBRE) [][] NÚMERO ORDEN |
| 33. Qué problema de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos treinta días? Algún otro problema? MARQUE TODOS LOS QUE MENCIONE | ENFERMEDAD..... A ACCIDENTE..... B ODONTOLÓGICO..... C OTRO..... X | ENFERMEDAD..... A ACCIDENTE..... B ODONTOLÓGICO..... C OTRO..... X | ENFERMEDAD..... A ACCIDENTE..... B ODONTOLÓGICO..... C OTRO..... X |
| 34. Qué (se) hizo principalmente para tratar el problema de salud de (NOMBRE)? TERAPIAS COMO HOMEOPATÍA, ACUPUNTURA, ETC TEGUA, EMPÍRICO, COMADRONA, YERBATERO | MÉDICO INST. SALUD..... 01 TERAPIAS ALTERNATIVAS..... 02 (PASE A 36) ← PROMOTOR/ENFERMERA..... 03 FARMACIA/DROGUERÍA..... 04 MEDICINA TRADICIONAL..... 05 REMEDIOS CASEROS..... 06 AUTOMEDICACION..... 07 NADA..... 95 OTRO..... 96 | MÉDICO INST. SALUD..... 01 TERAPIAS ALTERNATIVAS..... 02 (PASE A 36) ← PROMOTOR/ENFERMERA..... 03 FARMACIA/DROGUERÍA..... 04 MEDICINA TRADICIONAL..... 05 REMEDIOS CASEROS..... 06 AUTOMEDICACION..... 07 NADA..... 95 OTRO..... 96 | MÉDICO INST. SALUD..... 01 TERAPIAS ALTERNATIVAS..... 02 (PASE A 36) ← PROMOTOR/ENFERMERA..... 03 FARMACIA/DROGUERÍA..... 04 MEDICINA TRADICIONAL..... 05 REMEDIOS CASEROS..... 06 AUTOMEDICACION..... 07 NADA..... 95 OTRO..... 96 |
| 35.Cuál fue la razón principal por la que (NOMBRE) no solicitó o recibió atención médica? CONSULTÓ ANTES PERO NO RESOLVIERON PROBLEMA | CASO LEVE..... 01 FALTA DE TIEMPO..... 02 CENTRO QUEDA LEJOS..... 03 FALTA DE DINERO..... 04 SERVICIO MALO..... 05 NO LO ATENDIERON..... 06 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07 NO RESUELVEN PROBLEMA..... 08 MUCHOS TRÁMITES..... 09 OTRA..... 96 | CASO LEVE..... 01 FALTA DE TIEMPO..... 02 CENTRO QUEDA LEJOS..... 03 FALTA DE DINERO..... 04 SERVICIO MALO..... 05 NO LO ATENDIERON..... 06 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07 NO RESUELVEN PROBLEMA..... 08 MUCHOS TRÁMITES..... 09 OTRA..... 96 | CASO LEVE..... 01 FALTA DE TIEMPO..... 02 CENTRO QUEDA LEJOS..... 03 FALTA DE DINERO..... 04 SERVICIO MALO..... 05 NO LO ATENDIERON..... 06 NO CONFÍA EN MÉDICOS..... 07 NO RESUELVEN PROBLEMA..... 08 MUCHOS TRÁMITES..... 09 OTRA..... 96 |
| 36. | VAYA A 33 EN LA COLUMNA SIGUIENTE. SI NO HAY MÁS ENFERMOS PASE A 37 | VAYA A 33 EN LA COLUMNA SIGUIENTE. SI NO HAY MÁS ENFERMOS PASE A 37 | VAYA A 33 EN LA COLUMNA SIGUIENTE. SI NO HAY MÁS ENFERMOS PASE A 37 |
| HOSPITALIZACIONES | | | |
| 37. Durante los últimos 12 meses, alguna persona de este hogar estuvo hospitalizada? Si..... 1 No..... 2 → PASE A 45 ESCRIBA NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN | _____ (NOMBRE) [][] NÚMERO ORDEN | _____ (NOMBRE) [][] NÚMERO ORDEN | _____ (NOMBRE) [][] NÚMERO ORDEN |
| 38.Cuál fue la causa más importante/grave por la que (NOMBRE) estuvo hospitalizado? ARMA DE FUEGO O CORTOPUNZANTE | EMBARAZO..... 01 CIRUGÍA..... 02 ENFERMEDAD..... 03 ACCIDENTE TRABAJO..... 04 ACCIDENTE TRÁNSITO..... 05 OTRO ACCIDENTE..... 06 HERIDA DE ARMA..... 07 OTRA..... 96 | EMBARAZO..... 01 CIRUGÍA..... 02 ENFERMEDAD..... 03 ACCIDENTE TRABAJO..... 04 ACCIDENTE TRÁNSITO..... 05 OTRO ACCIDENTE..... 06 HERIDA DE ARMA..... 07 OTRA..... 96 | EMBARAZO..... 01 CIRUGÍA..... 02 ENFERMEDAD..... 03 ACCIDENTE TRABAJO..... 04 ACCIDENTE TRÁNSITO..... 05 OTRO ACCIDENTE..... 06 HERIDA DE ARMA..... 07 OTRA..... 96 |
| 39. Cuántos días estuvo hospitalizado? | NÚMERO DE DÍAS [][][] | NÚMERO DE DÍAS [][][] | NÚMERO DE DÍAS [][][] |
| 40. Para esta hospitalización utilizó los servicios de alguna entidad del Sistema de Salud? SI, Si, cuál? | P.O.S SUBSIDIADO..... 1 P.O.S CONTRIBUTIVO..... 2 PREPAGADA..... 3 RECURSOS PROPIOS..... 4 OTRA..... 6 NO SABE..... 8 | P.O.S SUBSIDIADO..... 1 P.O.S CONTRIBUTIVO..... 2 PREPAGADA..... 3 RECURSOS PROPIOS..... 4 OTRA..... 6 NO SABE..... 8 | P.O.S SUBSIDIADO..... 1 P.O.S CONTRIBUTIVO..... 2 PREPAGADA..... 3 RECURSOS PROPIOS..... 4 OTRA..... 6 NO SABE..... 8 |
| 41. Considera que la atención fue oportuna o demorada? | OPORTUNA..... 1 DEMORADA..... 2 | OPORTUNA..... 1 DEMORADA..... 2 | OPORTUNA..... 1 DEMORADA..... 2 |
| 42. Considera que la calidad del servicio fue buena, regular o mala? | BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3 | BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3 | BUENA..... 1 REGULAR..... 2 MALA..... 3 |
| 43. Considera que la calidad general de la atención que recibió fue deficiente, regular, buena, excelente o le es indiferente? | DEFICIENTE..... 1 REGULAR..... 2 BUENA..... 3 EXCELENTE..... 4 INDIFERENTE..... 5 | DEFICIENTE..... 1 REGULAR..... 2 BUENA..... 3 EXCELENTE..... 4 INDIFERENTE..... 5 | DEFICIENTE..... 1 REGULAR..... 2 BUENA..... 3 EXCELENTE..... 4 INDIFERENTE..... 5 |
| 44. | VAYA A 38 EN LA COLUMNA SIGUIENTE. SI NO HAY MÁS HOSPITALIZACIONES PASE A 45 | VAYA A 38 EN LA COLUMNA SIGUIENTE. SI NO HAY MÁS HOSPITALIZACIONES PASE A 45 | VAYA A 38 EN LA COLUMNA SIGUIENTE. SI NO HAY MÁS HOSPITALIZACIONES PASE A 45 |

AHORA PIDA A LA ENTREVISTADA UNA CUCHARADITA DE SAL. EXPLÍQUELE QUE SE TRATA DE DETERMINAR EL NIVEL DE YODO QUE CONTIENE LA SAL QUE ELLA USA EN SU HOGAR

| | |
|---|---|
| 45. Hizo la prueba? | SI..... 1 NO..... 2 → TERMINE |
| 46. La prueba se hizo con yoduro o yodato? | _____  |
| 47. La sal está yodada? | SI..... 1 NO..... 2 |
| 48. Cuál es la marca de la sal que está usando? | _____   |

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Par ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista: _____

Comentarios sobre preguntas específicas: _____

Algún otro comentario: _____
