

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 conyugal 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?	2. Hay personas que no son familiares, como empleados domésticos o amigos, que viven o duermen habitualmente aquí?	3. Tiene Ud. huéspedes, visitantes temporales, o alguien más que haya dormido aquí anoche?			
SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	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/CRIADO..... 10	HIJO ADOPTADO/CRIADO..... 10	HIJO ADOPTADO/CRIADO..... 10	HIJO ADOPTADO/CRIADO..... 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
□□□	□□□	□□□	□□□
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
□□□	□□□	□□□	□□□
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 □□□ (PASE A 30) ←	No. DE HORAS □□□ (PASE A 30) ←	No. DE HORAS □□□ (PASE A 30) ←	No. DE HORAS □□□ (PASE A 30) ←
PARA 12 AÑOS Y MÁS			
UNIDA(O)..... 2	UNIDA(O)..... 2	UNIDA(O)..... 2	UNIDA(O)..... 2
SEPARADA(O)..... 3	SEPARADA(O)..... 3	SEPARADA(O)..... 3	SEPARADA(O)..... 3
VIUDA(O)..... 4	VIUDA(O)..... 4	VIUDA(O)..... 4	VIUDA(O)..... 4
SOLTERA(O)..... 5	SOLTERA(O)..... 5	SOLTERA(O)..... 5	SOLTERA(O)..... 5
NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8	NO SABE..... 8
TRABAJÓ..... 01	TRABAJÓ..... 01	TRABAJÓ..... 01	TRABAJÓ..... 01
BUSCÓ TRABAJO..... 02	BUSCÓ TRABAJO..... 02	BUSCÓ TRABAJO..... 02	BUSCÓ TRABAJO..... 02
ESTUDIÓ..... 03	ESTUDIÓ..... 03	ESTUDIÓ..... 03	ESTUDIÓ..... 03
OFICIOS DEL HOGAR..... 04	OFICIOS DEL HOGAR..... 04	OFICIOS DEL HOGAR..... 04	OFICIOS DEL HOGAR..... 04
PENSIONADO..... 05	PENSIONADO..... 05	PENSIONADO..... 05	PENSIONADO..... 05
RENTISTA..... 06	RENTISTA..... 06	RENTISTA..... 06	RENTISTA..... 06
INCAPACITADO..... 07	INCAPACITADO..... 07	INCAPACITADO..... 07	INCAPACITADO..... 07
OTRO:..... 96	OTRO:..... 96	OTRO:..... 96	OTRO:..... 96
NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	NO SABE..... 98	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, ECOPEPETROL, 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"/>			
 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			
NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/>			
PERSONAS DE 6 A 24 AÑOS			
SI 1 → PASE A 20 NO 2			
SI 1 NO 2 → PASE A 21			
NIVEL <input type="text"/> GRADO <input type="text"/>			
SI 1 NO 2 → PASE A 23			
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"/>			
SI 1 NO 2 → PASE A 27			
No. HORAS <input type="text"/>			
SI 1 NO 2 → PASE A 30			
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			

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: _____
