

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
E INFORMATICA

**ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD
FAMILIAR - 2000**

CUESTIONARIO DEL HOGAR
AMPARADO POR EL D. L. N° 804-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO			VIVIENDA		

IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO _____

PROVINCIA _____

DISTRITO _____

CENTRO POBLADO

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

AREA URBANA

ZONA

MANZANA N°

AREA RURAL

A.E.R.

VIVIENDA N°.....

HOGAR N°... DE ...

SELECC. PARA PRUEBA DE ANEMIA:

SI 1

NO..... 2

DIRECCION VIVIENDA SELECCIONADA _____

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA				EQUIPO NÚMERO ENTREVISTADORA.....
RESULTADO***				RESULTADO FINAL.....
PROXIMA VISITA: FECHA HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

- 1 COMPLETA
- 2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE
- 3 HOGAR AUSENTE
- 4 APLAZADA
- 5 RECHAZADA
- 6 VIVIENDA DESOCUPADA O NO ES VIVIENDA
- 7 VIVIENDA DESTRUIDA
- 8 VIVIENDA NO ENCONTRADA
- 9 OTRA _____

(ESPECIFIQUE)

TOTALES

EN EL HOGAR

MUJERES 15-49

N° DE ORDEN DE LA PERSONA

QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO DEL HOGAR

NOMBRE	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICA DE CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LISTADO DEL HOGAR

Ahora me gustaría tener alguna información sobre las personas que generalmente viven en su hogar o que se alojan ahora con usted

Nº ORDEN	RESIDENTES HABITUALES Y VISITANTES	RELACIÓN CON EL JEFE DEL HOGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		SEXO	EDAD	ELEGIBILIDAD			
	Dígame por favor el nombre de las personas que habitualmente viven en su hogar y de los visitantes que pasaron la noche anterior aquí, empujando por el Jefe del Hogar	¿Cuál es la relación de parentesco de (NOMBRE) con el Jefe del Hogar? 01 JEFE 02 ESPOSA/ESPOSO 03 HIJO / HIJA 04 YERNO / NUERA 05 NIETO / NIETA 06 PADRE / MADRE 07 SUEGRO / SUEGRA 08 HERMANO/ HERMANA 09 OTRO FAMILIAR 10 HIJO ADOPTADO/ HIJO DE CRIANZA 11 SIN PARENTESCO	¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS ELEGIBLES PARA LA ENTREVISTA MUJERES 15-49			
(1)	(2)	(3)	(4)		(6)		(7)	(8)		
			SI	NO	SI	NO	H	M	EN AÑOS	
01	Jefe (a) del Hogar	0 1	1	2	1	2	1	2		01
02			1	2	1	2	1	2		02
03			1	2	1	2	1	2		03
04			1	2	1	2	1	2		04
05			1	2	1	2	1	2		05
06			1	2	1	2	1	2		06
07			1	2	1	2	1	2		07
08			1	2	1	2	1	2		08
09			1	2	1	2	1	2		09
10			1	2	1	2	1	2		10
11			1	2	1	2	1	2		11
12			1	2	1	2	1	2		12
13			1	2	1	2	1	2		13
14			1	2	1	2	1	2		14
15			1	2	1	2	1	2		15

<p>Sólo para estar segura que tengo una lista completa</p> <p>1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI <input type="checkbox"/> → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí? SI <input type="checkbox"/> → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI <input type="checkbox"/> → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO <input type="checkbox"/></p>			<p>TOTAL MUJERES</p> <p>15 A 49</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p>CONTINUA EN OTRO CUESTIONARIO</p> <p>SI 1 NO 2</p>			

LISTADO DEL HOGAR

COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD			PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS						
			CONDICIÓN DE ACTIVIDAD						
¿(NOMBRE) tiene Seguro de Salud?	SI TIENE SEGURO					¿Qué hizo (NOMBRE) la semana pasada? 1 ¿Trabajó? 2 ¿Realizó alguna tarea o cachuelo por un pago en dinero o especies? 3 ¿No trabajó pero tenía trabajo? 4 ¿Buscó trabajo? 5 ¿Estudiaba? 6 ¿Quehaceres del hogar? 7 ¿Otro? 8 No Sabe			
		¿ El Seguro de Salud que tiene (NOMBRE) corresponde a: A ESSALUD / IPSS? B Fuerzas Armadas o Policiales? C Seguro Escolar, Materno-Infantil? D Entidad Prestadora de Salud? E Seguro Privado? Z NO SABE Z: PASE A 9d		¿Alguno de los seguros de salud indicados está a nombre de (NOMBRE)?					
(9 a)		(9 b)			(9 c)		(9 d)		
SI	NO	NS				SI	NO	NS	
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>
1	2	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	8	<input type="text"/>

OBSERVACIONES: _____

LISTADO DEL HOGAR

PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS													
EDUCACIÓN													
SI ASISTIÓ A LA ESCUELA													
¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?					PARA MENORES DE 25 AÑOS							
	0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 BACHILLERATO 4 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 5 SUPERIOR UNIVERSITARIA SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MÁS, ANOTE "6" EN AÑO					En 1999, ¿(NOMBRE) estuvo matriculado en un centro o programa de enseñanza regular?		En el presente año (NOMBRE) estuvo matriculado en un centro o programa de enseñanza regular?		SI ESTA MATRICULADO			
										El centro o programa de enseñanza ¿es estatal o particular?		Actualmente (NOMBRE) está asistiendo a ese centro o programa de enseñanza regular?	
(10)		(11)			(11a)		(11b)		(11c)		(12)		
SI	NO	NIVEL	AÑO	GRADO	SI	NO	SI	NO	ESTAT.	PARTIC.	SI	NO	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	1	2	1	2	1	2	

OBSERVACIONES: _____

LISTADO DEL HOGAR

Nº ORDEN	PARA MENORES DE 15 AÑOS											
	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES											
	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)?			ESTA VIVA			¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)?			ESTA VIVO		
	NO O NS: PASE A 15			SI: ¿Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)? ¿Cuál es su nombre? ANOTE EL Nº DE ORDEN DE LA MADRE NO: ANOTE "00"			NO O NS: PASE A 4 EN SIGUIENTE FILA. O, SI NO HAY MÁS PERSONAS TOTALICE EN PÁGINA 2 MUJERES ELEGIBLES. LUEGO, PASE A 21			SI: ¿Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)? ¿Cuál es su nombre? ANOTE EL Nº DE ORDEN DEL PADRE NO: ANOTE "00"		
	(13)			(14)			(15)			(16)		
	SI	NO	NS				SI	NO	NS			
01	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
02	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
03	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
04	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
05	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
06	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
07	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
08	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
09	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
10	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
11	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
12	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
13	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
14	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		
15	1	2	8	<input type="text"/>			1	2	8	<input type="text"/>		

OBSERVACIONES:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
21	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	<p>RED PÚBLICA:</p> <p>DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 → 23</p> <p>FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12</p> <p>PILÓN / GRIFO PUBLICO..... 13</p> <p>AGUA DE POZO:</p> <p>POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE..... 21 → 23</p> <p>POZO PÚBLICO..... 22</p> <p>AGUA DE SUPERFICIE:</p> <p>MANANTIAL (PUQUIO)..... 31</p> <p>RÍO/ACEQUIA..... 32</p> <p>AGUA DE LLUVIA..... 41 → 23</p> <p>CAMIÓN TANQUE /AGUATERO..... 51</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>																												
22	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	<p>MINUTOS..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>EN EL SITIO 996</p>																												
22 A	El agua que con más frecuencia usan en su hogar para beber: ¿la hierven, le echan gotas de lejía o cloro o la toman tal como viene de la fuente de abastecimiento?	<p>LA HIERVEN..... 1</p> <p>LE ECHAN LEJÍA/COLORO..... 2</p> <p>TAL COMO VIENE DE FUENTE..... 3</p> <p>OTRO _____ 6</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>																												
23	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar? ¿Es de uso exclusivo o común?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">EXCLUSIVO</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">COMÚN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">CONECTADO A RED PÚBLICA:</td> </tr> <tr> <td>DENTRO LA VIVIENDA</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td>FUERA LA VIVIENDA</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td>POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> <tr> <td>RÍO, ACEQUIA O CANAL.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;">41</td> </tr> <tr> <td>NO HAY SERVICIO (MATORRAL / CAMPO)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">51</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td></td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </tbody> </table>		EXCLUSIVO	COMÚN	CONECTADO A RED PÚBLICA:			DENTRO LA VIVIENDA	11	12	FUERA LA VIVIENDA	21	22	POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)	31	32	RÍO, ACEQUIA O CANAL.....		41	NO HAY SERVICIO (MATORRAL / CAMPO)		51	OTRO _____		96	(ESPECIFIQUE)			
	EXCLUSIVO	COMÚN																												
CONECTADO A RED PÚBLICA:																														
DENTRO LA VIVIENDA	11	12																												
FUERA LA VIVIENDA	21	22																												
POZO CIEGO O NEGRO (LETRINA)	31	32																												
RÍO, ACEQUIA O CANAL.....		41																												
NO HAY SERVICIO (MATORRAL / CAMPO)		51																												
OTRO _____		96																												
(ESPECIFIQUE)																														
25	¿Tiene en su hogar: - electricidad? - radio? - televisor? - teléfono? - refrigeradora? - computadora?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICIDAD</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELÉFONO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERADORA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>COMPUTADORA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	ELECTRICIDAD	1	2	RADIO	1	2	TELEVISOR	1	2	TELÉFONO	1	2	REFRIGERADORA	1	2	COMPUTADORA	1	2							
	SI	NO																												
ELECTRICIDAD	1	2																												
RADIO	1	2																												
TELEVISOR	1	2																												
TELÉFONO	1	2																												
REFRIGERADORA	1	2																												
COMPUTADORA	1	2																												
26	¿Cuál es el combustible que utilizan mas frecuentemente en su hogar para cocinar?	<p>ELECTRICIDAD 01</p> <p>GAS 02</p> <p>KEROSENE 03</p> <p>CARBÓN 04</p> <p>LEÑA 05</p> <p>BOSTA 06</p> <p>OTRO _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>																												
26 A	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garage, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	HABITACIONES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												
26 B	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	HABITACIONES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>																												

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍA Y CÓDIGOS	PASE A															
27	¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?	PISO NATURAL: TIERRA / ARENA 11 PISO RUSTICO : MADERA (ENTABLADOS) 21 PISO ACABADO: PARQUET O MADERA PULIDA 31 LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS O SIMILARES..... 32 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES 33 CEMENTO / LADRILLO 34 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																
27 A	¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores de su vivienda?	LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 11 PIEDRA O SILLAR CON CAL O CEMENTO..... 12 ADOBE O TAPIA 13 QUINCHA (CAÑA CON BARRO) 14 MADERA 15 PIEDRA CON BARRO 16 TRIPLE Y 17 ESTERA 18 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																
27 B	¿Cuál es el material predominante en los techos de su vivienda?	CONCRETO ARMADO..... 11 MADERA..... 12 TEJAS..... 13 PLANCHA DE CALAMINA, FIBRA DE CEMENTO O SIMILARES..... 14 CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO..... 15 PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC..... 16 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)																
28	¿Algún miembro de su hogar tiene: - bicicleta / triciclo? - motocicleta? - carro? - otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICICLETA / TRICICLO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLETA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CARRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> (ESPECIFIQUE)		SI	NO	BICICLETA / TRICICLO	1	2	MOTOCICLETA	1	2	CARRO	1	2	OTRO	1	2	
	SI	NO																
BICICLETA / TRICICLO	1	2																
MOTOCICLETA	1	2																
CARRO	1	2																
OTRO	1	2																
34	SOLICITE UNA CUCHARADITA DE LA SAL QUE UTILIZAN EN EL HOGAR PARA COCINAR Y EXPLIQUE QUE SE TRATA DE DETERMINAR EL NIVEL DE YODO QUE CONTIENE LA SAL QUE ELLOS CONSUMEN																	
35	REALICE LA PRUEBA DE YODO Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA	TIENE YODO 1 NO TIENE YODO 2																
36	¿Cuál es la marca de la sal que están usando?	_____ 																
37	SOLICITE UN VASO O TAZA CON AGUA PROVENIENTE DE LA FUENTE O RECIPIENTE DONDE ACOSTUMBRAN A GUARDAR EL AGUA QUE NORMALMENTE BEBEN O CONSUMEN LOS MIEMBROS DE SU HOGAR																	
38	REALICE LA PRUEBA DE CLORO RESIDUAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA	0 PPM 1 0.1 A 0.3 PPM 2 0.4 A 0.6 PPM 3 0.6 A MÁS PPM 4																
39	ENTREVISTADORA: VEA LA COLUMNA 08 Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIEN CORRESPONDA																	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Comentarios sobre preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DE LA CRITICA DE CAMPO

Nombre de la Crítica de Campo: _____ Fecha: _____
