



CUESTIONARIO - HOGAR

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Hogar

ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO O DELEGACIÓN

LOCALIDAD

CLAVE DE AGEB.....

MANZANA

UPM.....

2. CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚM. DE CUESTIONARIO

HOGAR..... DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO DE DEL HOGAR

NÚMERO DE VIVIENDA

3. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM.)

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL) CÓDIGO POSTAL

4. RESULTADO DE LA VISITA

Resultados_Entrevistas_Hog

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>
FECHA (dd mm aa)	<input type="text" value="vis1f"/>	<input type="text" value="vis2f"/>	<input type="text" value="vis3f"/>	<input type="text" value="vis4f"/>
RESULTADO (*)	<input type="text" value="vis1r"/>	<input type="text" value="vis2r"/>	<input type="text" value="vis3r"/>	<input type="text" value="vis4r"/>
HORA DE INICIO	<input type="text" value="vis1h"/>	<input type="text" value="vis2h"/>	<input type="text" value="vis3h"/>	<input type="text" value="vis4h"/>
HORA DE TÉRMINO	<input type="text" value="vis1ft"/>	<input type="text" value="vis2ft"/>	<input type="text" value="vis3ft"/>	<input type="text" value="vis4ft"/>

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA | 05 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 09 HABLA ALGUNA LENGUA EXTRANJERA |
| 03 INFORMANTE INADECUADO | 07 VIVIENDA DESHABITADA | 10 NO ES VIVIENDA |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | | 11 OTRO (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES) |

5. TIPO DE SUPERVISIÓN

FECHA DE SUPERVISIÓN: DÍA MES AÑO

CLAVE DEL SUPERVISOR

1. REENTREVISTA
2. REVISIÓN DE CUESTIONARIO
3. ACOMPAÑAMIENTO
4. OTROS (ESPECIFIQUE)

I. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES Hogar

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA VIVIENDA

1.1 ¿Cuántas personas normalmente viven en esta vivienda, contando a los bebés y a los ancianos?

h101

INCLUYA TAMBIÉN A LOS EMPLEADOS
DOMÉSTICOS QUE DUERMEN EN ESTA
VIVIENDA

Total de personas |__|__|

GASTO COMÚN

1.2 Todas las personas que viven en esta vivienda ¿comparten el mismo gasto para la comida?

h102

Sí..... 1 →
No..... 2

PASE A
2.01

IDENTIFICACIÓN DE NÚMERO DE HOGARES

h103

1.3 Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para la comida, contando el de usted?

Número de hogares |__|__|

CUANDO EN LA VIVIENDA EXISTA MÁS DE UN HOGAR O GRUPO DE PERSONAS, APLIQUE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

PARA TODAS LAS PERSONAS									
NÚMERO DE RESIDENTE	LISTA DE PERSONAS	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO			VERIFICACIÓN <input type="text" value="Hogar"/>		
	2.01	2.02	2.03	2.04			2.05		
	Por favor, dígame el nombre de todas las personas que integran este hogar, incluya a los bebés y a los ancianos, también a los empleados domésticos que duermen aquí. Empiece con la jefa o jefe del hogar.	(NOMBRE) es hombre (NOMBRE) es mujer Hombre...1 Mujer.....2	¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente (NOMBRE)? Menores de un año.....00 130 años y más.....998 NS/NR.....999	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? No sabe día99 No sabe mes99 No sabe año9999			Entonces ¿son [] las personas que integran este hogar? Sí.....1 No.....2 →		<input type="text" value="h205"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CORRIJA LA LISTA DE PERSONAS</div>
	<input type="text" value="Hogar"/>	<input type="text" value="Integrantes"/>	<input type="text" value="Integrantes"/>	<input type="text" value="Integrantes"/>				IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE DEL <input type="text" value="Hogar"/>	
	↓	→	→	dia_nac	mes_nac	anio_nac			
2.06									
ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE DEL INFORMANTE									
[] Informante <input type="text" value="h206"/>									
PARENTESCO <input type="text" value="Integrantes"/>									
2.07									
¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar?									
Jefe(a).....01 Espos(a) o compañero(a).....02 Hijo(a).....03 Nieto(a).....04 Nuera o yerno.....05 Madre o Padre.....06 Suegra(o).....07 Otro parentesco (especifique)____77									
NOMBRE(S)	CÓDIGO	AÑOS	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE		
01 nombre <input type="text" value="apaterno"/> <input type="text" value="amaterno"/>	<input type="text" value="sexo"/>	<input type="text" value="edad"/>	[]	[]	[]	<input type="text" value="h207"/>	<input type="text" value="h207esp"/>		
02	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
03	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
04	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
05	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
06	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
07	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
08	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
09	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
10	[]	[]	[]	[]	[]	[]			

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Integrantes

PARA TODAS LAS PERSONAS												
	IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE	IDENTIFICACIÓN DEL PADRE	USO DE SERVICIOS DE SALUD			DERECHOHABIENTIA A SERVICIOS DE SALUD		MOTIVO DE LA AFILIACIÓN		DEPENDENCIA		
NÚMERO DE RESIDENTE	2.08	2.09	2.10			2.11		2.11a		2.11c		
	En esta vivienda, ¿vive la madre de (USTED/NOMBRE)?	En esta vivienda, ¿vive el padre de (USTED/NOMBRE)?	Cuando (USTED/NOMBRE) tiene problemas de salud ¿en dónde se atiende usualmente?			¿(USTED/NOMBRE) está afiliado(a) o inscrito(a) a los servicios médicos:		¿(USTED/NOMBRE) está afiliado(a) o inscrito(a) a (RESPUESTA DE 2.11) por:		SÓLO HACER ESTA PREGUNTA CUANDO EN 2.11 EL CÓDIGO DE RESPUESTA SEA 2 Y EN 2.11a EL CÓDIGO DE RESPUESTA SEA 1 ó 2		
	Sí.....1 ¿Quién es?	Sí.....1 ¿Quién es?	LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA DOS OPCIONES			LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA DOS OPCIONES		PARA CADA OPCIÓN QUE HAYA SELECCIONADO DE 2.11		LEA LAS OPCIONES Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO		
	No, vive en otro lugar.....2	No, vive en otro lugar.....2	Seguro Social (IMSS)..01			del Seguro Social (IMSS)?.....1		prestación en el trabajo?.....1				
	No, ya falleció.....3	No, ya falleció.....3	ISSSTE.....02			del ISSSTE?.....2		jubilación o invalidez?.....2		¿En qué dependencia trabaja o trabajaba? Especifique		
	NS/NR.....9	NS/NR.....9	ISSSTE Estatal.....03			del ISSSTE Estatal.....3		algún familiar en el hogar?.....3				
			Pemex.....04			de Pemex.....4		muerte del asegurado?.....4				
			Defensa o Marina.....05			de la Defensa o Marina?.....5		ser estudiante?...5				
			Centro de Salud u Hospital de la SSA...06			del Seguro Popular o para una Nueva Generación?.....6		contratación propia?.....6				
			IMSS Oportunidades.07			de un seguro privado?.....7		algún familiar de otro hogar?...7				
			Consultorios dependientes de farmacias....08			de otra institución?.....8		NS/NR.....9				
			Médico privado.....09			entonces, ¿no está afiliado o inscrito a los servicios médicos?.....9		PASE A 2.12 SI LA RESPUESTA A 2.11 ES DIFERENTE A LA OPCIÓN 6				
			Se automedica.....10			NS/NR.....99						
			Otro lugar (especifique).....77									
			No se atiende.....12									
			NS/NR.....99									
	h208	h208q	h209	h209q								
	CÓDIGO	NÚMERO DE RESIDENTE	CÓDIGO	NÚMERO DE RESIDENTE	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	ESPECIFIQUE	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 1 DE 2.11	OPCIÓN 2 DE 2.11	ESPECIFIQUE
01					h210a	h210b	h210esp	h211a	h211b	h211a1	h211a2	h211c
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NÚMERO DE RESIDENTE	PARA TODAS LAS PERSONAS		PARA PERSONAS DE 3 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS				PARA PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS			
	FECHA DE AFILIACIÓN		LENGUA INDÍGENA	NOMBRE DE LENGUA INDÍGENA		HABLA ESPAÑOL	AUTOADSCRIPCIÓN ÉTNICA	ALFABETISMO	ASISTENCIA	
	2.11b		2.12	2.13		2.14	2.15	2.16	2.17	
	<p>SÓLO HACER ESTA PREGUNTA CUANDO EN 2.11 EL CÓDIGO DE RESPUESTA SEA 6</p> <p>¿En qué fecha se afilió al Seguro Popular?</p> <p>ANOTE MES Y AÑO</p> <p>NS/NR.....999999</p> <p>↓</p>		<p>Ahora quiero preguntarle:</p> <p>¿(USTED/NOMBRE) habla alguna lengua indígena?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>PASE A 2.15</p>	<p>¿Qué lengua indígena habla (USTED/NOMBRE)?</p> <p>ANOTE HASTA DOS OPCIONES</p> <p>Náhuatl.....01</p> <p>Maya.....02</p> <p>Zapoteco.....03</p> <p>Mixteco.....04</p> <p>Tzotzil/tzetzal.....05</p> <p>Otomí.....06</p> <p>Totonaca.....07</p> <p>Mazateco.....08</p> <p>Chol.....09</p> <p>Huasteco.....10</p> <p>Chinanteco.....11</p> <p>Mazahua.....12</p> <p>Mixe.....13</p> <p>Otro (especifique)____77</p> <p>NS/NR.....99</p>		<p>¿(USTED/NOMBRE) habla también español?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>De acuerdo con la cultura de (USTED/NOMBRE) ¿ella (él) se considera indígena?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>¿(USTED/NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>¿(USTED/NOMBRE) actualmente va a la escuela?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	
	h211b1a	h211b1b	h212	h213a	h213b	h213esp	h214	h215	h216	h217
	MES	AÑO	CÓDIGO	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
01	___	___	___	___	___		___	___	___	___
02	___	___	___	___	___		___	___	___	___
03	___	___	___	___	___		___	___	___	___
04	___	___	___	___	___		___	___	___	___
05	___	___	___	___	___		___	___	___	___
06	___	___	___	___	___		___	___	___	___
07	___	___	___	___	___		___	___	___	___
08	___	___	___	___	___		___	___	___	___
09	___	___	___	___	___		___	___	___	___
10	___	___	___	___	___		___	___	___	___

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA PERSONAS DE 8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS				
ESCOLARIDAD		ESCUELA ESPECIAL	SITUACIÓN CONYUGAL	IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		
2.18 ¿Cuál es el último año y grado que aprobó (USTED/NOMBRE) en la escuela? ANOTE EL ÚLTIMO GRADO Y CIRCULE EL CÓDIGO DEL NIVEL GRADO NIVEL Ninguno.....00 Preescolar..... 01 Primaria..... 02 Secundaria..... 03 Preparatoria o Bachillerato..... 04 Normal básica... 05 Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada... 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada..... 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada..... 08 Normal de licenciatura..... 09 Licenciatura o profesional..... 10 Maestría..... 11 Doctorado..... 12		2.18a ¿(USTED/NOMBRE) fue a una escuela especial o a un grupo de educación especial en una escuela normal? Sí.....1 No.....2	2.19 ¿Actualmente (USTED/NOMBRE)... LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA vive con su pareja en unión libre?.....1 está separada(o)?...2 está divorciada(o)?...3 es viuda(o)?.....4 está casada(o)?.....5 está soltera(o)?.....6 PASE A 2.21	2.20 En esta vivienda, ¿vive la pareja o esposa(o) de (USTED/NOMBRE)? Sí.....1 ¿Quién es? No, vive en otro lugar.....2 No, ya falleció.....3 No, es pensionada(o) o jubilada(o).....4 No, es estudiante.....5 No, se dedica a los quehaceres de su hogar.....6 No, tiene alguna limitación física o mental permanente que le impide trabajar.....7 No, estaba en otra situación diferente a las anteriores.....8	2.21 Ahora le voy a preguntar por la situación laboral. ¿La semana pasada (USTED/NOMBRE) trabajó por lo menos una hora? LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Sí.....1 No, tenía trabajo pero no trabajó.....2 No, busco trabajo.....3 No, es pensionada(o) o jubilada(o).....4 No, es estudiante.....5 No, se dedica a los quehaceres de su hogar.....6 No, tiene alguna limitación física o mental permanente que le impide trabajar.....7 No, estaba en otra situación diferente a las anteriores.....8 PASE A 2.23 PASE A 2.27	2.22 Aunque ya me dijo que (USTED/NOMBRE) (RESPUESTA DE 2.21) ¿la semana pasada: LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA ayudó en un negocio (familiar o no familiar)?.....1 vendió algún producto?.....2 hizo algún producto para vender?.....3 ayudó en las labores del campo o en la cría de animales?.....4 realizó otro tipo de actividad a cambio de un pago? por ejemplo: lavó, planchó ajeno, cuidó niños, etc.?.....5 estuvo de aprendiz o haciendo su servicio social?...6 cuidó de un enfermo sin pago alguno a cambio?.....7 cuidó de una persona con discapacidad sin pago alguno a cambio?.....8 no ayudó ni trabajó?.....9 PASE A 2.27		
GRADO	NIVEL	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	NÚMERO DE RESIDENTE	CÓDIGO	CÓDIGO	
01	h218a	h218b	h218a1	h219	h220	h220q	h221	h222
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

PARA PERSONAS DE 8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

NÚMERO DE RESPUESTA	POSICIÓN EN EL TRABAJO	PRESTACIONES LABORALES	HORAS TRABAJADAS	INGRESOS POR TRABAJO	OTROS INGRESOS										
	2.23	2.24	2.25	2.26	2.27										
	<p>¿En su trabajo de la semana pasada (USTED/NOMBRE) fue:</p> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> <p>empleada(o) u obrera(o)?.....1</p> <p>jornalera(o) o peón?.....2</p> <p>ayudante?.....3</p> <p>patrón(a) o empleador(a)? (contrata trabajadores).....4</p> <p>trabajador(a) por cuenta propia? (no contrata trabajadores).....5</p> <p>trabajador(a) familiar sin pago?.....6</p>	<p>¿(USTED/NOMBRE) recibe por su trabajo:</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p> <p>Sí No</p> <p>servicio médico (IMSS, ISSSTE u otro)?..... 1 2</p> <p>aguinaldo?..... 1 2</p> <p>vacaciones con goce de sueldo?..... 1 2</p> <p>reparto de utilidades o prima vacacional?..... 1 2</p> <p>ahorro para el retiro(SAR o AFORE)?..... 1 2</p> <p>otras prestaciones?..... 1 2</p> <p>entonces, ¿no recibe ninguna prestación laboral?..... 1 2</p> <p>NS/NR.....9</p>	<p>¿Cuántas horas trabajó (USTED/NOMBRE) la semana pasada?</p> <p>Horas</p>	<p>Me puede decir, ¿cuánto obtiene o recibe (USTED/NOMBRE) por su trabajo?</p> <p>Periodo</p> <p>Al día.....1</p> <p>A la semana.....2</p> <p>A la quincena.....3</p> <p>Al mes.....4</p> <p>Al año.....5</p> <p>No recibe ingresos.....6</p> <p>NS/NR.....999999</p>	<p>¿(USTED/NOMBRE) recibe dinero por:</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p> <p>Sí No</p> <p>programas de gobierno como Oportunidades, Procampo, becas, ayuda a madres solteras, adultos mayores, etc?..... 1 2</p> <p>jubilación o pensión?..... 1 2</p> <p>ayuda de personas que viven en otro país?..... 1 2</p> <p>ayuda de personas que viven dentro del país?..... 1 2</p> <p>otras fuentes?..... 1 2</p> <p>Ninguna?..... 1 2</p>										
	<p>PASE A 2.25</p>	<p>h224a h224c h224e h224g</p> <p>h224b h224d h224f</p>	<p>h225</p>	<p>h226b h226a</p>	<p>h227b h227d</p> <p>h227a h227c h227e</p>										
	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	HORAS	CANTIDAD	PERIODO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
01	h223	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															

III. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PARA TODAS LAS PERSONAS							
MORBILIDAD	PROBLEMAS DE SALUD		ATENCIÓN AL PROBLEMA	MEDICAMENTO CON RECETA	MEDICIÓN DE GASTO	PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA	
3.01	3.02		3.02a	3.02b	3.02c	3.03	
NÚMERO DE RESPUESTA	En las últimas dos semanas ¿(USTED/NOMBRE) ha tenido algún problema de salud, por enfermedad o lesiones físicas por accidente o agresiones?	¿Podría decirme cuál fue el último problema de salud que tuvo (USTED/NOMBRE) en las últimas dos semanas?		¿Está (USTED/NOMBRE) recibiendo atención por este padecimiento?	Relacionado con su problema de salud, ¿utilizó algún medicamento con o sin receta?	¿Tuvo que pagar por estos medicamentos?	En el momento en que (USTED/NOMBRE) presentó ese problema de salud, ¿pensó usted que era...
	Sí.....1 No.....2 NS/NR...9	Infecciones respiratorias.....01 Diabetes.....25 Neumonía o bronconeumonía.....02 Hipertensión arterial.....26 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema).....03 Artritis.....28 Cáncer o tumores malignos.....04 Alergias.....29 Tos, catarro, dolor de garganta.....05 Problemas de la piel.....30 Tuberculosis.....06 Enfermedad bucodental.....31 Enfermedades del corazón.....07 Paludismo.....32 Fiebre reumática.....08 Dengue.....33 Infección de oído.....09 Intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña.....10 Conjuntivitis.....11 Asma.....12 Alcohólico.....13 Tabaquismo.....14 Padecimientos generados por consumo de drogas.....15 Gastritis o úlcera gástrica.....16 Lesión física por accidente.....17 Lesión física por agresión.....18 Pérdida de la memoria.....19 Estrés.....20 Depresión.....21 Susto, empacho, mal de ojo o aire.....22 Otro problema (especifique).....23 NS/NR.....24 Dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación.....20 Enfermedad exantemática (varicela, rubéola, escarlatina).....21 Hepatitis.....22 Infección de transmisión sexual.....23 VIH/SIDA.....24		Sí.....1 No.....2 NS/NR...9	Sí.....1 No.....2 NS/NR...9	Sí.....1 No.....2 NS/NR...9999	muy leve?.....1 leve?.....2 moderado?.....3 grave?.....4 muy grave?.....5 NS/NR.....9
	PASE A 3.07	PASE A 3.03				Cantidad	
	→	→		→	→	→	→
	CÓDIGO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	CANTIDAD	CÓDIGO
	01	h301	h302esp	h302a	h302b	h302c	h303
	02						
	03						
	04						
	05						
	06						
	07						
	08						
	09						
	10						

III. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PARA TODAS LAS PERSONAS										
TIPO DE RECURSOS HUMANOS			MOTIVO DE NO ATENCIÓN				ENFERMEDAD	INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN		
3.04 ¿Quién (lo) atendió a (USTED/NOMBRE)?			3.05 ¿Por qué no se atendió (USTED/NOMBRE) con un médico, enfermera o algún otro personal de salud?				3.05a ¿Me puede decir el nombre de la enfermedad que le dijeron que no podían atender porque no está cubierto por el seguro?	3.06 ¿En qué institución de salud se atendió (USTED/NOMBRE)?		
N Ú M E R O D E R E S I D E N T E	Familiar.....01		No fue necesario...01	En el lugar a donde lo enviaron no atendían a las personas que tienen Seguro Popular.....14			¿Me puede decir el nombre de la enfermedad que le dijeron que no podían atender porque no está cubierto por el seguro?	¿En qué institución de salud se atendió (USTED/NOMBRE)?		
	Amigo(a)/ vecino(a).....02	ANOTE HASTA DOS OPCIONES	No hay donde atenderse.....02	La unidad médica estaba cerrada.....15				Seguro Social (IMSS)..01		
	Dependiente de la farmacia.03		Es caro.....03	No alcanzó ficha/había mucha gente.....16				ISSSTE.....02		
	Curandero.....04		No tenía dinero.....04	Le dijeron que su problema no era urgente.....17				ISSSTE Estatal.....03		
	Partera.....05		Está muy lejos.....05	Le dijeron que tenía que pagar por la atención y los medicamentos.....18				Pemex.....04		
	Yerberero.....06		Falta de confianza.....06	En la unidad médica no tenía el equipo necesario para atender su padecimiento.....19				Defensa o Marina.....05		
	Homeópata.....07		Tratan mal.....07	No había servicio en el horario en que lo necesitaba....20				Centro de Salud u Hospital de la SSA....06		
	Naturista.....08		No tuvo tiempo.....08	Los trámites eran muy tardados21				IMSS Oportunidades.07		
	Acupunturista..09		Fue pero no lo atendieron.....09	El tiempo para pasar a consulta era muy largo.....22				Consultorios dependientes de farmacias...08		
	Encargado de la comunidad/ promotor/ auxiliar de salud.....10		Decidió no atenderse.....10	El tiempo para ser hospitalizado era muy largo.....23				Médico privado.....09		
Médico general.....11	PASE A 3.06	No tuvo quien lo llevara o acompañara.....11	Otro (especifique) _____77			Otro lugar (especifique) _____77				
Médico especialista.....12		Le dijeron que el seguro no cubría la enfermedad que tenía12	NS/NR.....99			No se atiende.....11				
Dentista.....13	PASE A 3.06	Le solicitaron un pase de referencia y no lo pudo conseguir.....13				NS/NR.....99				
Enfermera.....14										
Nutriólogo.....15										
Otro (especifique) _____77										
Nadie.....20										
NS/NR.....99										

	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	ESPECIFIQUE	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE ENFERMEDAD	CÓDIGO	ESPECIFIQUE
01	h304a	h304b	h304esp	h305a	h305b	h305c	h305esp	h305a1	h306	h306esp
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										

III. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PARA PERSONAS DE 6 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

NÚMERO DE RESIDENTE

DISCAPACIDAD

CAUSA DE DISCAPACIDAD

3.07

3.07a

En su vida diaria, ¿(USTED/NOMBRE) tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:

¿(USTED/NOMBRE) tiene dificultad para (RESPUESTA DE 3.07)...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

PARA CADA OPCIÓN DE 3.07 LEA LAS OPCIONES Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO

Sí No

- caminar, moverse, subir o bajar?..... 1 2
- ver, aun usando lentes?..... 1 2
- hablar, comunicarse o conversar?..... 1 2
- oír, aun usando aparato auditivo?..... 1 2
- vestirse, bañarse o comer?..... 1 2
- poner atención o aprender cosas sencillas?..... 1 2
- entender lo que le dicen?..... 1 2
- aprender a hacer cosas como otras personas de su edad?..... 1 2
- Entonces, ¿no tiene dificultad física o mental?..... 1 2 →

- porque nació así?.....1
- por una enfermedad?.....2
- por un accidente?.....3
- por edad avanzada?.....4
- por otra causa?.....5
- NS/NR.....9

PASE A 3.08

h307b

h307d

h307f

h307h

h307a2

h307a4

h307a6

h307a8

h307a

h307c

h307e

h307g

h307i

h307a1

h307a3

h307a5

h307a7

	CÓDIGO 1	CÓDIGO 2	CÓDIGO 3	CÓDIGO 4	CÓDIGO 5	CÓDIGO 6	CÓDIGO 7	CÓDIGO 8	CÓDIGO 9	CÓDIGO 1	CÓDIGO 2	CÓDIGO 3	CÓDIGO 4	CÓDIGO 5	CÓDIGO 6	CÓDIGO 7	CÓDIGO 8	CÓDIGO 9
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		

III. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE RESIDENTE	PARA TODAS LAS PERSONAS	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS				PARA PERSONAS MAYORES DE 18 A 60 AÑOS			PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO		
	UTILIZADORES DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS 3.08 En las últimas dos semanas, ¿(USTED/NOMBRE) solicitó o recibió consulta (que no haya requerido hospitalización) por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente? NO INCLUYA HOSPITALIZACIÓN Sí.....1 No.....2 NS/NR.....9	ENFERMEDADES CRÓNICAS 3.09 ¿Durante el último año algún médico le diagnosticó a (USTED/NOMBRE)... LEA TODAS LAS OPCIONES ANOTE HASTA TRES OPCIONES asma?.....01 tuberculosis?.....02 presión alta (hipertensión)? ..03 diabetes (azúcar alta en la sangre)?.....04 artritis?.....05 artrosis?.....06 enfermedad del corazón?.....07 fiebre reumática?.....08 enfermedad renal?.....09 derrame cerebral (sangrado cerebral)?10 depresión o ansiedad?11 gastritis o úlcera gástrica?.....12 colitis?.....13 tumores, cáncer?.....14 SIDA?.....15 Otra enfermedad con duración mayor a 3 meses(especifique)____77 no.....20 NS/NR.....99				DONADORES DE SANGRE 3.10 Durante el último año, ¿(USTED/NOMBRE) ha donado sangre? Sí.....1 No.....2 NS/NR.9 PASE A 3.11	MOTIVO DE LA DONACIÓN DE SANGRE 3.10a ¿Cuál fue la razón por la que (USTED/NOMBRE) donó sangre? Participación en una campaña.....1 Para apoyar a algún familiar que la requirió por estar enfermo.....2 Para obtener recursos económicos.....3 Otra razón (especifique)____7		HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO 3.11 Durante este último año, ¿(USTED/NOMBRE) estuvo hospitalizado(a) o internado(a)? Sí.....1 No.....2 NS/NR.....9 PASE A 4.01	MOTIVO DE LA ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN 3.12 Ahora le preguntaré por la última vez que estuvo hospitalizado(a) (USTED/NOMBRE), ¿Por qué motivo fue hospitalizado(a) (NOMBRE)? Cirugía.....01 Enfermedad.....02 Lesiones físicas por accidente.....03 Lesiones físicas por agresiones...04 Parto.....05 Cesárea.....06 Problemas por el embarazo y puerperio.....07 Examen/ chequeo.....08 Caídas.....09 Otro (especifique)____77 NS/NR.....99	
	CÓDIGO	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE
01	h308	h309a	h309b	h309c	h309esp	h310	h310a	h310aesp	h311	h312	h312esp
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

III. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO						
NÚMERO DE RESIDENTE	INSTITUCIÓN	ATENCIÓN FINANCIADA	NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	TRANSFUSIONES	
	3.13 El hospital donde estuvo internado(a) (USTED/NOMBRE), ¿a qué institución pertenece?	3.13a ¿Esta atención fue financiada por el Seguro Popular?	3.14 En total, ¿cuántas veces estuvo hospitalizado(a) (USTED/NOMBRE) en el último año?	3.15 En total, ¿cuántos días estuvo (lleva) internado(a) (USTED/NOMBRE) en el último año?	3.16 La última vez que estuvo hospitalizado(a) (USTED/NOMBRE) ¿requirió de alguna transfusión de sangre?	
	Seguro Social (IMSS)...01 ISSSTE.....02 ISSSTE Estatal.....03 → PASE A 3.14 Pemex.....04 Defensa o Marina.....05 Centro de Salud u Hospital de la SSA...06 IMSS Oportunidades...07 Consultorios dependientes de farmacias...08 Médico privado.....09 → PASE A 3.14 Otro lugar (especifique).....77 NS/NR.....99	Sí.....1 No.....2 NS/NR.....9	7 y más.....07 NS/NR.....99	NS/NR.....999	No.....1 Sí → ¿Cómo la consiguió? Por donación de un familiar.....2 La proporcionó la unidad médica.....3 La compró con algún donante.....4 Otra (especifique).....7 NS/NR.....9	
	→	→	→	→	→	
	CÓDIGO	CÓDIGO	VECES	NÚMERO DE DÍAS	CÓDIGO	ESPECIFIQUE
01	h313 h313esp	h313a	h314	h315	h316	h316esp
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

III. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO											
NÚMERO DE RESIDENTE	SATISFACCIÓN POR ATENCIÓN	MOTIVO DE LA INSATISFACCIÓN		CALIDAD DE LA ATENCIÓN	MOTIVOS BUENA CALIDAD			MOTIVOS MALA CALIDAD			
	3.17	3.18		3.19	3.20			3.21			
	Si (USTED/ NOMBRE) tuviera la oportunidad de escoger ¿regresaría a ese mismo lugar para la hospitalización?	¿Por qué no regresaría?		¿En general la calidad de la atención que recibió fue...	¿Por qué le pareció (MUY BUENA O BUENA) la atención que recibió?			¿Por qué le pareció (REGULAR, MALA O MUY MALA) la atención que recibió?			
	Sí1 No.....2 NS/NR.....9	Lo trataron mal.....01 No estuvo de acuerdo con el diagnóstico.....02 No estuvo de acuerdo con el tratamiento.....03 No mejoró.....04 Era caro el servicio.....05 Estaba lejos de su casa.....06 No había medicamentos.....07 No había materiales.....08 No dejaron entrar a sus familiares.....09 Otro(especifique)____77 NS/NR.....99		muy buena?....1 buena?.....2 regular?.....3 mala?.....4 muy mala?....5 PASE A 3.21 NS/NR.....9 PASE A 4.01	ANOTE HASTA TRES OPCIONES Es barato.....01 El personal está bien preparado..02 El personal tiene experiencia.....03 Recibió orientación y apoyo del Gestor de Servicios de Salud.....04 Lo trataron bien.....05 Medicamento, material y equipo es suficiente/limpio o de buena calidad.....06 La operación o tratamiento estuvo bien.....07 Buenos resultados en su salud/ se curó/se mejoró.....08 Otro (especifique)____77 NS/NR.....99			ANOTE HASTA DOS OPCIONES Es caro el servicio.....01 El personal no tiene experiencia.....02 Lo trataron mal.....03 El material/medicinas o equipo es insuficiente o de mala calidad.....04 La operación o tratamiento fue malo.05 Malos resultados en su salud/no se curó/ no mejoró/no se alivió.....06 No lo atendieron como esperaba.....07 Otro (especifique)____77 NS/NR.....99			
	→	→		→	→			→			
	CÓDIGO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3	ESPECIFIQUE	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	ESPECIFIQUE
01	h317	h318	h318esp	h319	h320a	h320b	h320c	h320esp	h321a	h321b	h321esp
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											

IV. TRANSFERENCIAS INSTITUCIONALES

PARA TODAS LAS PERSONAS

APOYO DE PROGRAMAS (SALUD, EDUCACIÓN Y NUTRICIÓN)

4.01

En los últimos 12 meses ¿alguna persona en este hogar recibió apoyo del programa de...

- apoyo monetario de Oportunidades (Progresa)?.....01 → ¿Quién?
- becas escolares de Oportunidades (Progresa)?.....02 → ¿Quién?
- apoyo monetario de los adultos mayores de Oportunidades.....03 → ¿Quién?
- atención médica de Oportunidades (Progresa)?.....04 → ¿Quién?
- papilla de Oportunidades (Progresa)?.....05 → ¿Quién?
- apoyos monetarios del Programa de Ayuda Alimentaria (PAL)?.....06 → ¿Quién?
- apoyo monetario del programa de 70 y más.....07 → ¿Quién?
- pensión alimenticia para adultos mayores.....08 → ¿Quién?
- salud y nutrición para pueblos indígenas (suplemento con micronutrientes)?.....09 → ¿Quién?
- estancias infantiles.....10 → ¿Quién?
- leche Liconsa o Conasupo?.....11 → ¿Quién?
- despensas del DIF?.....12 → ¿Quién?
- despensas de otras organizaciones?.....13 → ¿Quién?
- cocinas ó comedores populares?.....14 → ¿Quién?
- desayunos escolares?.....15 → ¿Quién?
- suplementos de vitaminas y minerales?.....16 → ¿Quién?
- becas educativas distintas a las de Oportunidades (Progresa)?.....17 → ¿Quién?
- organización no gubernamental o civil?.....18 → ¿Quién?
- otros apoyos monetarios para adultos mayores.....19 → ¿Quién?
- otro? (especifique).....77 → ¿Quién?
- No, ninguno.....88
- NS/NR.....99

LEA TODAS LAS OPCIONES

NÚMERO DE RESIDENTE

	PROGRAMAS						ESPECIFIQUE
01	<input type="text" value="h401a"/>	<input type="text" value="h401b"/>	<input type="text" value="h401c"/>	<input type="text" value="h401d"/>	<input type="text" value="h401e"/>	<input type="text" value="h401f"/>	<input type="text" value="h401esp"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>PAREDES</p> <p>5.01 ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?</p>	h501
<p>TECHOS</p> <p>5.02 ¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?</p>	h502
<p>PISOS</p> <p>5.03 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?</p>	h503
<p>COCINA</p> <p>5.04 ¿Esta vivienda tiene un cuarto para cocinar?</p>	h504
<p>DORMITORIOS</p> <p>5.05 ¿Cuántos cuartos se usan para dormir sin contar pasillos?</p>	h505
<p>CUARTOS</p> <p>5.06 ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda contando la cocina? (No cuente pasillos ni baños)</p>	h506
<p>ELECTRICIDAD</p> <p>5.07 ¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?</p>	h507

- Material de desecho.....1
- Lámina de cartón.....2
- Lámina de asbesto o metálica.....3
- Carrizo, bambú o palma.....4
- Embarro, bajareque o paja.....5
- Madera.....6
- Adobe.....7
- Tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto.....8

- Material de desecho.....1
- Lámina de cartón.....2
- Lámina metálica.....3
- Lámina de asbesto.....4
- Palma o paja.....5
- Madera o tejamanil.....6
- Terrado con vigería.....7
- Teja.....8
- Losa de concreto o viguetas con bovedilla.....9

- Tierra.....1
- Cemento o firme.....2
- Madera, mosaico u otro recubrimiento.....3

- Sí.....1
- No.....2

Cuartos dormitorio |_|_|

Total de cuartos |_|_|

- Sí.....1
- No.....2

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

DISPONIBILIDAD DE AGUA 5.08 ¿En esta vivienda tiene:	h508
DOTACIÓN DE AGUA 5.09 ¿Cuántos días a la semana les llega el agua?	h509
EXCUSADO 5.10 ¿Tiene excusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro?	h510
USO EXCLUSIVO 5.11 ¿Este servicio sanitario lo comparten con otro hogar?	h511
ADMISIÓN DE AGUA 5.12 ¿El servicio sanitario:	h512
DRENAJE 5.13 ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a:	h513
COMBUSTIBLE 5.14 ¿El combustible que más usan para cocinar es:	h514

- agua entubada dentro de la vivienda?.....1
- agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?.....2
- agua entubada de llave pública (o hidrante)?.....3
- agua entubada que acarrear de otra vivienda?.....4
- agua de pipa?.....5
- agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra?.....6

PASE
A
5.10

Días | ____ |

- Sí.....1
- No.....2

PASE
A
5.13

- Sí.....1
- No.....2

- tiene descarga directa de agua?.....1
- le echan agua con cubeta?.....2
- ¿No se le puede echar agua?.....3

- la red pública?.....1
- una fosa séptica?.....2
- una tubería que va a dar a una barranca o grieta?.....3
- una tubería que va a dar a un río, lago o mar?.....4
- ¿No tiene drenaje?.....5

- gas de cilindro o tanque (estacionario)?.....1
- gas natural o de tubería?.....2
- leña?.....3
- carbón?.....4
- electricidad?.....5
- ¿Otro combustible?.....6

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>ELIMINACIÓN DE BASURA</p> <p>5.15 ¿La basura de esta vivienda:</p>	h515	
<p>TENENCIA</p> <p>5.16 ¿En esta vivienda:</p>	h516	
<p>IDENTIFICACIÓN DEL DUEÑO</p> <p>5.16a ¿Me podría decir quién es el dueño o propietario de esta vivienda?</p>	h516a	
<p>ADQUISICIÓN</p> <p>5.17 ¿El dueño o propietario de la vivienda:</p>	h517	
<p>LUGAR EN DONDE COCINA</p> <p>5.18 ¿Dónde acostumbra cocinar?</p>	h518	
<p>TIPO DE ESTUFA</p> <p>5.19 ¿Qué tipo de estufa se utiliza en su casa para cocinar?</p>	h519	h519esp
<p>CALEFACCIÓN</p> <p>5.20 Cuando hace frío ¿utiliza algún sistema de calefacción?</p>	h520	

la recoge un camión o carrito de basura?.....1

la tiran en el basurero público?.....2

la tiran en un contenedor o depósito?.....3

la queman?.....4

la entierran?.....5

la tiran en un terreno baldío o calle?.....6

la tiran a la barranca o grieta?.....7

la tiran al río, lago o mar?.....8

vive el dueño o propietario?.....1

pagan renta?.....2

la ocupan en otra situación?.....3

PASE A
5.18

Número de residente | | | |

NS/NR.....99

No esta en la lista de personas.....77

PASE A
5.18

la compró hecha?.....1

la mandó construir?.....2

la construyó él mismo?.....3

la construyó de otra manera?.....4

En una habitación en la que se convive o se duerme.....1

En una habitación independiente utilizada como cocina..2

En una construcción independiente utilizada como
cocina.....3

Al aire libre.....4

Fuego abierto u horno sin chimenea ni campana.....1

Fuego abierto u horno con chimenea o campana.....2

Horno cerrado con chimenea.....3

Estufa de gas.....4

Otro (especifique).....7

Sí.....1

No.....2

PASE
A
5.23

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>COMBUSTIBLE PARA LA CALEFACCIÓN</p> <p>5.21 ¿Qué tipo de energía se acostumbra utilizar para la calefacción de su hogar?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="h521"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="h521esp"/></p>
<p>TIPO DE CALEFACCIÓN</p> <p>5.22 ¿Qué tipo de calefacción se utiliza en su casa para calentarse?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="h522"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="h522esp"/></p>
<p>FOCOS</p> <p>5.23 ¿Cuántos focos tiene esta vivienda?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value="h523"/></p>
<p>ANIMALES DOMÉSTICOS</p> <p>5.24 ¿En esta vivienda conviven con ...</p> <p style="text-align: center;"><input type="text" value="PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN"/></p>

Gas.....	01
Electricidad.....	02
Queroseno.....	03
Carbón.....	04
Carbón vegetal.....	05
Madera.....	06
Residuos agrícolas o de cultivos.....	07
Estiércol animal.....	08
Matojos o hierba.....	09
Otro (especifique).....	77

Aparato de calefacción.....	1
Calentón.....	2
Brasero.....	3
Resistencia.....	4
Otro (especifique).....	7

Focos

aves (pericos, canarios, pichones)?.....	1	<input type="text" value="h524a"/>
perros?.....	2	<input type="text" value="h524b"/>
gatos?.....	3	<input type="text" value="h524c"/>
roedores (conejos, cuyos)?.....	4	<input type="text" value="h524d"/>
No convive con ningún animal doméstico.....	5	<input type="text" value="h524e"/>

VI. BIENES DEL HOGAR

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los bienes que son propiedad de usted o de alguno de los miembros del hogar.

POSESIÓN DE ACTIVOS

6.01

¿Usted o algún integrante de este hogar tiene...

LEA TODAS LAS OPCIONES

Sí1

No.....2

NS/NR.....9

	ACTIVOS	CÓDIGO
01	otra casa, construcción, inmueble o terreno?	h60101
02	automóvil?	h60102
03	camioneta?	h60103
04	vehículos como motocicletas o motonetas?	h60104
05	otros vehículos como lanchas, trajineras, canoas, etc.?	h60105
06	televisión?	h60106
07	servicio de TV de paga?	h60107
08	radio?	h60108
09	modulares, consola o estéreo?	h60109
10	plancha?	h60110
11	licuadora?	h60111
12	refrigerador?	h60112
13	estufa de gas?	h60113
14	estufa de otro combustible o parrilla eléctrica?	h60114
15	lavadora o secadora?	h60115
16	calentador de agua (boiler)?	h60116
17	computadora de escritorio o laptop?	h60117
18	servicio de Internet?	h60118
19	horno de microondas?	h60119
20	línea telefónica fija?	h60120
21	tinaco?	h60121
22	cisterna o aljibe?	h60122
23	medidor de luz?	h60123
24	teléfono celular?	h60124
25	aire acondicionado?	h60125

VII. GASTOS EN EL HOGAR

Hogar

Ahora quisiera preguntarle algunos datos sobre cuánto se gasta en el hogar en alimentos, bienes y servicios.

ENTREVISTADOR: PARA TODAS LAS RESPUESTAS DE ESTA SECCIÓN REGISTRE LOS GASTOS EN MONEDA NACIONAL, INDEPENDIENTEMENTE SI EL PAGO FUE EN EFECTIVO, EN ESPECIE O A CRÉDITO

		7.01		
		Durante la semana pasada, ¿cuánto se gastó aproximadamente en el hogar en...	Monto	_____
			No gastó.....	0000
			NS/NR.....	9999
GASTOS			MONTO	
01	frutas?	h70101	_____	_____
02	verduras?	h70102	_____	_____
03	tortillas y maíz?	h70103	_____	_____
04	pan de cualquier tipo?	h70104	_____	_____
05	arroz, frijol, garbanzo, habas y lentejas?	h70105	_____	_____
06	aceite y azúcar?	h70106	_____	_____
07	pollo, carne y pescado?	h70107	_____	_____
08	leche y quesos?	h70108	_____	_____
09	huevos?	h70109	_____	_____
10	pastelillos y botanas?	h70110	_____	_____
11	carnitas, pizza, tacos, hamburguesas, etc.?	h70111	_____	_____
12	agua embotellada?	h70112	_____	_____
13	refrescos?	h70113	_____	_____
14	bebidas alcohólicas?	h70114	_____	_____
15	tabaco (cigarros, cigarrillos con filtro, puros, etc.)?	h70115	_____	_____
16	transporte público metro, autobús y taxi?	h70116	_____	_____
17	comidas fuera de casa?	h70117	_____	_____

		7.02		
		En el último mes ¿cuánto gastó el hogar en...	No gastó.....	00000
			NS/NR.....	99999
GASTOS			MONTO	
01	productos de limpieza para la vivienda y de higiene personal, como detergentes, jabones, shampoo, insecticidas, etc.?	h70201	_____	_____
02	renta, gas, electricidad, agua y pagos de hipoteca?	h70202	_____	_____
03	educación, como guardería, colegiaturas, útiles escolares, etc.?	h70203	_____	_____
04	traslados (transporte) relacionados con la búsqueda de cuidados o servicios de salud?	h70204	_____	_____
05	gastos en vehículos, como gasolina, diesel, reparaciones mecánicas, estacionamiento, lavados de automóvil, etc.?	h70205	_____	_____
06	entretenimientos y recreación, como periódicos, cine, teatro, renta de videos, TV por cable, etc.?	h70206	_____	_____
07	comunicación (teléfono, celular, Internet, fax, etc.)?	h70207	_____	_____

VII. GASTOS EN EL HOGAR

7.03	
En los últimos 3 meses, ¿cuánto gastaron los miembros del hogar en...	
No gastó.....00000	
NS/NR.....99999	
GASTOS	MONTO
01 cuidados por pasar la noche en un hospital o en alguna clínica de salud?	_ _ _ _ h70301 _ _ _ _
02 cuidados o atención de médicos, enfermeras o parteras que no requirió de pasar la noche en un hospital o clínica de salud, excluyendo los gastos en medicinas?	_ _ _ _ h70302 _ _ _ _
03 cuidados de curanderos tradicionales o alternativos, incluyendo gastos en medicinas tradicionales?	_ _ _ _ h70303 _ _ _ _
04 el dentista?	_ _ _ _ h70304 _ _ _ _
05 medicamentos, excluyendo las medicinas tradicionales?	_ _ _ _ h70305 _ _ _ _
06 lentes, aparatos auditivos, prótesis, etcétera?	_ _ _ _ h70306 _ _ _ _
07 diagnósticos y exámenes de laboratorio como rayos X o análisis de sangre?	_ _ _ _ h70307 _ _ _ _
08 cualquier otro producto o servicio de salud no mencionado antes?	_ _ _ _ h70308 _ _ _ _
09 primas de los seguros voluntarios o planes de salud prepagados?	_ _ _ _ h70309 _ _ _ _
10 vestido, calzado y accesorios?	_ _ _ _ h70310 _ _ _ _
11 utensilios y blancos para el hogar como vajillas, sartenes, ollas, sábanas, cobijas, toallas, manteles, etc.?	_ _ _ _ h70311 _ _ _ _

7.04	
Ahora le voy a preguntar, en los últimos 6 meses, ¿cuánto gastó el hogar en...	
No gastó.....000000	
NS/NR.....999999	
GASTOS	MONTO
01 muebles y aparatos del hogar, como TV, refrigerador, lavadora, horno de microondas, radio, computadora, etc.?	_ _ _ _ h70401 _ _ _ _
02 artículos recreativos, como cámara fotográfica, juguetes, objetos deportivos, instrumentos musicales, etc.?	_ _ _ _ h70402 _ _ _ _
03 viajes (transporte aéreo, marítimo o terrestre, alojamiento, comida, viajes al extranjero, etc.)?	_ _ _ _ h70403 _ _ _ _
04 compra de vehículos, como automóviles, camionetas, motocicletas, bicicletas, etc.?	_ _ _ _ h70404 _ _ _ _
05 enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda?	_ _ _ _ h70405 _ _ _ _
06 otros gastos no mencionados?	_ _ _ _ h70406 _ _ _ _

VII. GASTOS EN EL HOGAR

<p>7.05</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿qué recursos financieros utilizó para cubrir los gastos en salud (independientemente del ingreso del hogar)?</p> <p>Sí1</p> <p>No.....2 →</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PASE AL SIGUIENTE RECURSO, ÚLTIMO PASE A 7.06</p> </div> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>7.05a</p> <p>¿Cuánto fue el dinero que obtuvo por estos recursos para cubrir los gastos de salud?</p> <p>NS/NR.....99999</p>	
RECURSOS	CÓDIGO	MONTO
01 Ahorros (cuentas bancarias, tandas, etc.)	h70501	h70501a
02 Venta de propiedades, muebles o animales	h70502	h70502a
03 Empeño de bienes	h70503	h70503a
04 Préstamos o envíos de dinero de familiares u otras personas fuera del hogar	h70504	h70504a
05 Crédito bancario	h70505	h70505a
06 Otro (especifique) _____	h70506sp	h70506a
07 Ninguno →	h70507	h70507a

En relación a hospitalizaciones en los últimos 12 meses.

<p>7.06</p> <p>¿Cuántas veces los miembros del hogar fueron internados y pasaron al menos una noche en el hospital?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>ESCRIBA EL NÚMERO DE VECES CORRESPONDIENTES A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR</p> </div>	<p>Número de veces.....</p> <p>Ninguna 00</p> <p>NS/NR..... 99 →</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>PASE A 8.01</p> </div>
<p>7.07</p> <p>¿Cuánto pagó por todos los gastos asociados a las noches pasadas en el hospital?</p>	<p>MONTO</p> <p>No gastó.....00000</p> <p>NS/NR.....99999</p>

VIII. DIFUSIÓN, ACEPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL SEGURO POPULAR

FILTRO: Si la pregunta 2.11 es igual a código 06 → CONTINÚE

Si la pregunta 2.11 es diferente a código 06 → FINALICE LA ENTREVISTA

Ahora le preguntaré sobre el tipo de información que le proporcionaron cuando se afilió al Seguro Popular.

<p>8.01 ¿Quién es el o la titular de la póliza?</p> <p>ANOTE EL NÚMERO DE RESIDENTE</p>	h801
<p>8.02 Cuando se afiliaron al Seguro Popular, ¿le entregaron su ...</p> <p>LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p>	
<p>8.03 En su opinión, ¿la información que recibió al afiliarse al Seguro Popular le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa?</p>	h803
<p>8.04 ¿Solicitó información sobre los derechos y obligaciones que adquirió al afiliarse al Seguro Popular?</p>	h804
<p>8.05 En la unidad médica a donde asiste a solicitar atención por parte del Seguro Popular ¿puede solicitar citas?</p>	h805
<p>8.06 Con el Seguro Popular ¿sabe usted que tiene derecho a recibir una segunda opinión durante el tratamiento?</p>	h806
<p>8.07 ¿La última vez que solicitaron la atención médica fue...</p> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p>	h807
<p>8.08 Cuando han solicitado atención médica ¿han sido asesorados alguna vez por el gestor médico de servicios de salud del Seguro Popular?</p>	h808

Titular |____|____|

	Si	No	NS/NR	
póliza de afiliación?.....	1	2	9	h802a
carta de derechos y obligaciones?.....	1	2	9	h802b
información sobre los servicios médicos a los que tiene derecho?.....	1	2	9	h802c

Sí.....1 → PASE A 8.05

No.....2

Sí.....1

No.....2

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

Sí.....1

No.....2

en el área de medicina preventiva?.....1

en el área de consulta externa en un centro de salud?...2 → PASE A 8.09

en consulta externa en un hospital?3

en hospitalización?4

en el área de urgencias?.....5 → PASE A 8.09

Nunca ha solicitado o recibido atención médica por el Seguro Popular.....6

Sí.....1

No.....2

VIII. DIFUSIÓN, ACEPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL SEGURO POPULAR

8.09 Con relación a su afiliación al Seguro Popular, ¿realizó algún pago por afiliarse? h809

8.10 ¿Cada cuándo paga esa cantidad? h810

8.11 ¿Piensa volver a afiliarse al Seguro Popular cuando termine su periodo de cobertura? h811

8.12 ¿Por qué motivo(s) no se volvería a afiliarse?

ESCUCHE Y ANOTE HASTA DOS OPCIONES

h812a

h812b

h812esp

Sí.....1

¿Cuánto pagó por afiliarse? | _ | _ | _ | _ |

No realizó ningún pago.....0000 →

PASE
A
8.11

Mensual.....1

Cada 2 meses.....2

Cada 3 meses.....3

Cada 6 meses.....4

Cada año.....5

Sí.....1 →

No.....2

No sabe que tiene que reafiliarse.....3

PASE
A
8.13

No le dieron los medicamentos01

El Seguro no cubre las enfermedades que presenta usted o algunas personas en su hogar.....02

Le han negado la atención03

Le cobraron los medicamentos04

Tuvo que pagar por análisis y estudios de laboratorio...05

Las clínicas no están bien equipadas.....06

Tardan mucho en programar la atención hospitalaria...07

Le hacen esperar mucho para pasar a consulta08

No le gustó como lo trataron09

Considera que los médicos que trabajan ahí son malos10

Las clínicas/hospitales están sucios11

Las unidades de salud se encuentran lejos de su hogar12

No hay servicio en el horario que lo necesitan.....13 →

Porque no se enferma, no lo utiliza.....14

Ya no lo necesita, sólo se afilió porque usted o alguien de su familia necesitaba atención (cirugía, enfermedad, parto, etc)15

No le informaron bien sobre los servicios que ofrece el Seguro Popular16

Cobran mucho17

No le alcanza el dinero18

El gobierno lo estaba pagando y ya lo dejó de pagar....19

No ha tenido tiempo de renovar su afiliación.....20

Se le pasó el periodo de afiliación.....21

Ahora ya tiene IMSS, ISSSTE, etc.....22

En su trabajo le dijeron que le van a dar IMSS, ISSSTE, etc.23

Otro (especifique).....77

FIN
DE LA
ENTRE-
VISTA

VIII. DIFUSIÓN, ACEPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL SEGURO POPULAR

8.13 ¿Me puede decir el principal motivo por el que se volverá afiliado al Seguro Popular?

SÓLO REGISTRE UNA OPCIÓN DE RESPUESTA

h813

- Lo atienden bien01
- No tiene que pagar al momento por la atención.....02
- Ahora gastan menos por atender su salud.....03
- Le dan los medicamentos.....04
- El personal está bien preparado.....05
- Las clínicas/hospitales están bien equipados.....06
- Puede atender emergencias.....07
- Una mujer del hogar está embarazada.....08
- Alguien en el hogar está enfermo o necesita una cirugía09
- Es buena opción para preveer gastos en salud.....10
- La unidad médica está cerca de su casa.....11
- Lo atienden rápido.....12
- Porque no cuentan con otro tipo de seguro médico13
- Otro.....77

RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al **Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar."

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice."

En referencia directa al **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

OBSERVACIONES
