400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	*MES*	*AÑO*

401F. HACE 5 AÑOS,…...……..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO?

Si .....1 → **PASE A 401H**

No.....2

Aún no había nacido .....3 → **PASE A 401H**

401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS?

Distrito:

_____

Provincia

_____

Departamento/País:

_____

Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.

DISCAPACIDAD

*A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad **PERMANENTE**, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.*

401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SÍ	*NO*
1. *Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?*	*1*	*2*
2. *Ver, aun usando anteojos? .....*	*1*	*2*
3. *Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?.....*	*1*	*2*
4. *Oír, aun usando audífonos?.....*	*1*	*2*
5. *Entender o aprender (concentrarse y recordar)?.....*	*1*	*2*
6. *Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?.....*	*1*	*2*

SALUD

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?
(Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí 1

No.....2

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL… AL… ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):
(Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, nauseas)? 1
Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?.....2
Recaída de enfermedad crónica?.....3
Accidente? 4
No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente .....5 → **PASE A 419**
Síntoma de COVID-19 (fiebre, tos seca, sensación de ahogo)?..... 6

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?
(Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA.....1
Centro de salud MINSA 2
Centro o puesto de salud CLAS 3
Posta, policlínico ESSALUD 4
Hospital MINSA.....5
Hospital del Seguro (ESSALUD) 6
Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....7
Consultorio médico particular 8
Clínica particular 9
Farmacia o botica 10
En su domicilio (del paciente).....11
Otro_____ 13
(Especifique)
NO BUSCÓ ATENCIÓN.....14

→ **PASE A 409**

RECUADRO (A): Encuestador: Si en la pregunta 402:

- *Está circulado el código 6, entonces pase a pregunta 407I.*
- *Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 4 continúe con la pregunta 419.*

407I. ¿LE REALIZARON ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR EL COVID-19?

Si 1

No ..... 2 → **PASE A 419**

407J. ¿CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA/S PRUEBA/S?

Negativo 1

Positivo 2

Aun no recibe resultado 3

409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?
(Acepte una o más alternativas)

No tuvo dinero 1
Se encuentra lejos 2
Demoran mucho en atender 3
No confía en los médicos 4
No era grave/ no fue necesario 5
Prefiere curarse con remedios caseros 6
No tiene seguro 7
Se auto recetó o repitió receta anterior 8
Falta de tiempo 9
Por el maltrato del personal de salud 10

Otro _____ 11
(Especifique)

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SEGURO DE SALUD AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE ES:
(Acepte una o más alternativas)

			419B. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:				
	Si	*No*	*Su centro de Trabajo?*	*Ud. mismo?*	*Es jubilado?*	*Un familiar?*	*No Paga?*
1. ¿ESSALUD?	1	2	1	2	3	4	
2. ¿Seguro privado de salud?	1	2	1	2	3	4	
3. ¿Entidad prestadora de salud?	1	2	1	2	3	4	
4. ¿Seguro de FF.AA. / Policiales?	1	2	1	2	3	4	
5. ¿Seguro Integral de Salud (SIS)?	1	2	1	2		4	5
6. ¿Seguro universitario?	1	2		2		4	
7. ¿Seguro escolar privado?	1	2		2		4	
8. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5

++++++

OBSERVACIONES	

1