400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	*MES*	*AÑO*

401C. ¿TIENE DNI?

Si .....1 → **PASE A 401F**

No.....2

NO SABE .....3 → **PASE A 401F**

401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI:
(Acepte una o más alternativas)

No tiene partida de nacimiento? 1
No lo considera importante? 2
No conoce los requisitos? 3
No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? 4
No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio? 5
No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo? 6
Está en trámite por primera vez? 7
Por errores en la partida de nacimiento? 8
Otro _____ 9
(Especifique)

→ **PASE A 401F**

401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO:
(Acepte una o más alternativas)

No tiene dinero para trámite? 1
Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio? 2
No conoce los requisitos? 3
No sabe dónde acudir para tramitarla? 4
La persona no nació en un establecimiento de Salud? 5
No reconocido por el padre? 6
Otro _____ 7
(Especifique)

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

Si .....1 → **PASE A 401G1**

No.....2

Aún no había nacido .....3 → **PASE A 401G1**

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.

401G1. CUANDO USTED NACIÓ, ¿VIVÍA SU MADRE EN ESTE DISTRITO?

Sí 1

No .....2 →

401G2. ¿EN QUÉ DISTRITO Y PROVINCIA VIVÍA SU MADRE?

Distrito:

_____

Provincia

_____

No Sabe 3

OBSERVACIONES:	

1

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

OBSERVACIONES:

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 413B**

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**

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?
(Acepte una o más alternativas)

Médico 1

Dentista/odontólogo 2

Obstetriz 3

Enfermera(o) 4

Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) 5

Promotor(a) 6

Otro _____ 7
(Especifique)

RECUADRO (A)

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- *Sólo está circulado el código 8 y/ó 9, entonces pase a **recuadro (B.)***
- *Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407F.*

407F. DESDE QUE SOLICITÓ LA CITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A DONDE ACUDIÓ, ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, HASTA LA FECHA QUE FUE PROGRAMADA SU ATENCIÓN?

N° Meses	N° Días	N° Horas	N° Minutos

407G. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIÓ?

N° Días	N° Horas	N° Minutos

407H. LA ÚLTIMA VEZ QUE ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO EN SU CONSULTA?

N° Horas	N° Minutos

No lo atendieron..... 1

RECUADRO B: 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 413B.*

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

Si..... 1

No..... 2 → **PASE A 413B**

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

Negativo..... 1

Positivo..... 2

Aún 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)

413B. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

	Sí	No	No corresponde	413C. ¿Cómo lo obtuvo?	
				Programa social	Forma particular
1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 3 años de edad)?	1	2	3	1	2
2. Programa de vacunas (inmunizaciones)?	1	2		1	2

Para Mujeres de 12 a 49 años de edad y niños menores de 3 años de edad

413D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

	Sí	No	No corresponde	413E. ¿Cómo lo obtuvo?	
				Programa social	Forma particular
1. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?	1	2	3	1	2
2. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?	1	2	3	1	2

(414)
¿UD. RECIBIÓ:

Revise la respuesta de la pgta.402 y aplique sondeo.

PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO

(415)
¿EL GASTO REALIZADO FUE:
(Acepte una o más alternativas)

Pagado por algún miembro de este hogar? 1
Autoconsumo?..... 2
Autosuministro?..... 3
Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? 4
Donado Programa Social (SIS)? 5
Donado por alguna Institución del estado..... 10
Donado por alguna Institución privada? 6
Fue cubierto por ESSALUD/FFAA/Policiales?..... 7
Fue cubierto por Seguro Privado? 11
Otro? (especifique)..... 8

PASE A 418

NO SABE/NO RESPONDE..... 9 → **PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.**

(416)
¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?

(417)
¿DÓNDE COMPRÓ.....?

Establecimientos MINSA..... 1
Establecimientos ESSALUD..... 2
Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional 3
Botiquín Comunal.... 4
Farmacia o botica.... 5
Clínica particular..... 6
Consultorio particular..... 7
CLAS..... 8
ONG..... 9
Óptica..... 10
Bodega..... 11
Casa de huesero, Curandero..... 12
Ambulante..... 13
Otro (Especifique) . 14

PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.

(418)
¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?

SI EN 415 CIRCULÓ EL CÓDIGO 2, 3, 4, 5, 10, 6, 7, 11 y/o 8

10

	Sí	No	MONTO S/. Ent.	MONTO S/. Dec.	CÓDIGO	MONTO S/. 415=2 Ent.	415=2 Dec.	415=3 Ent.	415=3 Dec	415=4 Ent.	415=4 Dec	415=5 Ent.	415=5 Dec	415=10 Ent.	415=10 Dec	415=6 Ent.	415=6 Dec	415=7 Ent.	415=7 Dec	415=11 Ent.	415=11 Dec	415=8 Ent.	415=8 Dec
EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS																							
1. Consulta?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
2. Medicinas/insumos?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
3. Análisis? ..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
4. Rayos "x", tomografía, etc.?. 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
5. Otros exámenes (Hemodiálisis, etc.). _____ (especifique) 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES																							
6. Servicio dental y conexos? ..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
7. Servicio oftalmológico?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
8. Compra de lentes?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
9. Vacunas?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
10. Control de salud de los niños?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
11. Anticonceptivos?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
12. Otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.)? 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																							
13a. Hospitalización?..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
13b. Intervención quirúrgica? ... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
14. Controles por embarazo?... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							
15. Atenciones de parto? ..... 1 2 1 2 3 4 5 10 6 7 11 8..... 9																							

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*

420. EL CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE GENERALMENTE ACUDE, ¿ESTA UBICADO:

Aquí en este Distrito?.....1

En otro Distrito? →

Distrito:

_____

Provincia:

_____

Departamento:

_____

No acude a establecimiento de salud? 3

++++++

OBSERVACIONES	

1