REPÚBLICA DEL PERÚ

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2011

CUESTIONARIO DEL HOGAR

AMPARADO POR EL D. L. Nº 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO				VIVIENDA		

IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

DEPARTAMENTO _____

PROVINCIA _____

DISTRITO _____

CENTRO POBLADO .....

_____

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ÁREA URBANA

ZONA Nº .....

MANZANA N° .....

ÁREA RURAL

A.E.R. .....

VIVIENDA N°.....

CUESTIONARIO _____ DE _____

DIRECCIÓN VIVIENDA SELECCIONADA _____

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.
FECHA			
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA			
RESULTADO***			
PRÓXIMA VISITA: FECHA			
HORA			

VISITA FINAL

FECHA:

DÍA.....

MES.....

AÑO.....

EQUIPO NÚMERO .....

ENTREVISTADORA.....

RESULTADO FINAL.....

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)

DATOS DE CONTROL

TOTAL HOGARES EN LA VIVIENDA.....

TOTAL PERSONAS EN EL HOGAR .....

MUJERES 15 - 49 AÑOS

Nº DE ORDEN DEL INFORMANTE.....

	SUPERVISORA EN EL CAMPO	CRÍTICO DE OFICINA	DIGITADOR (A)
NOMBRE			
FECHA			

SECCIÓN 1. LISTADO DEL HOGAR

1A	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA.....	| | |
		MINUTOS.....	| | |

Ahora me gustaría tener alguna información sobre las personas que habitualmente 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	ESTADO CIVIL	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, empezando 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 12 EMPLEADA DOMÉSTICA	¿Vive (NOMBRE) habitualmente aquí?	¿Durmió (NOMBRE) aquí anoche?	¿Es (NOMBRE) hombre o mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE "00" PARA MENOR DE UN AÑO	**PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS** ¿Cuál es su estado civil o conyugal? 1 Conviviente 2 Casado(a) 3 Viudo(a) 4 Divorciado(a) 5 Separado(a) 6 Soltero(a)	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
			SI NO	SI NO	H M	EN AÑOS			
01		0 1	1 2	1 2	1 2			01	01
02			1 2	1 2	1 2			02	02
03			1 2	1 2	1 2			03	03
04			1 2	1 2	1 2			04	04
05			1 2	1 2	1 2			05	05
06			1 2	1 2	1 2			06	06
07			1 2	1 2	1 2			07	07
08			1 2	1 2	1 2			08	08
09			1 2	1 2	1 2			09	09
10			1 2	1 2	1 2			10	10
11			1 2	1 2	1 2			11	11
12			1 2	1 2	1 2			12	12
13			1 2	1 2	1 2			13	13
14			1 2	1 2	1 2			14	14
15			1 2	1 2	1 2			15	15

Sólo para estar segura que tengo una lista completa

1. ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos listado? SI → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO
2. ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, pensionistas o amigos que viven habitualmente aquí? SI → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO
3. ¿Tiene usted huéspedes, visitantes temporales o alguien más que haya dormido aquí anoche? SI → ANOTE A CADA UNO EN EL LISTADO NO

TOTAL MUJERES 15 A 49 \| \| \|

CONTINÚA EN OTRO CUESTIONARIO
SI 1 NO 2

Nº ORDEN	ELEGIBILIDAD	COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD		CONDICIÓN DE ACTIVIDAD PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS
	CIRCULE EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS DE EDAD	¿(NOMBRE) está afiliado o inscrito en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud? **Sí**: ¿En cuál? ¿En algún otro seguro de salud? **A** ESSALUD / Antes IPSS **B** Fuerzas Armadas o Policiales **C** Seguro Integral de Salud **D** Entidad Prestadora de Salud **E** Seguro Privado de Salud **Y** NO SABE **Z** NO ESTA AFILIADO **Y, Z: PASE A 13**	¿(NOMBRE) es titular de alguno de los seguros de salud indicados?	La semana pasada, entre el domingo ___ y el sábado ____ (NOMBRE): 01 ¿Trabajó al menos una hora? 02 ¿Realizó alguna tarea o cachuelo? 03 ¿No trabajó pero tenía trabajo? 04 ¿Estuvo ayudando en la chacra, tienda o negocio de un familiar, sin pago alguno? 05 ¿Buscó trabajo? 06 ¿Estudiaba? 07 ¿Realizó los quehaceres del hogar? 08 ¿Es Jubilado /pensionista? 96 ¿Otro? 98 NO SABE
	(10A)	(11)	(12)	(13)
			SI NO NS	
01	01		1 2 8	
02	02		1 2 8	
03	03		1 2 8	
04	04		1 2 8	
05	05		1 2 8	
06	06		1 2 8	
07	07		1 2 8	
08	08		1 2 8	
09	09		1 2 8	
10	10		1 2 8	
11	11		1 2 8	
12	12		1 2 8	
13	13		1 2 8	
14	14		1 2 8	
15	15		1 2 8	

OBSERVACIONES:

Nº ORDEN	EDUCACIÓN									
	PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS			PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS						
	¿(NOMBRE) asistió alguna vez a la escuela?		¿Cuál fue el nivel y año o grado de estudios más alto que (NOMBRE) aprobó? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" 0 MÁS, ANOTE "6" EN AÑO	En el presente año (NOMBRE), ¿Está matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?		Actualmente (NOMBRE), ¿Asiste a un centro o programa de educación básica o superior?		¿A qué nivel y año o grado (NOMBRE) actualmente asiste o se matriculó aunque no asiste? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO	El año pasado (NOMBRE), ¿Estuvo matriculado en un centro o programa de educación básica o superior?	
	(14)		(15)	(16)		(17)		(18)	(19)	
	SI	NO	NIVEL AÑO GRADO	SI	NO	SI	NO	NIVEL AÑO GRADO	SI	NO
01	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
02	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
03	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
04	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
05	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
06	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
07	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
08	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
09	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
10	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
11	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
12	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
13	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
14	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22
15	1	2 PASE 22		1	2 PASE 19	1	2		1	2 PASE 22

OBSERVACIONES:

Nº ORDEN	EDUCACIÓN		SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES					
	PERSONAS DE 3 A 24 AÑOS		PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS					
	¿A qué nivel y año o grado (NOMBRE) asistió el año pasado? 0 INICIAL O PRE-ESCOLAR 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 4 SUPERIOR UNIVERSITARIA 5 POSTGRADO SI ES INICIAL, ANOTE "0" EN AÑO SI ES "6" O MAS, ANOTE "6" EN AÑO	El año o grado de estudios al que (NOMBRE) asistió el año pasado: ¿Lo aprobó, lo desaprobó o se retiró? 1 APROBÓ 2 DESAPROBÓ 3 SE RETIRÓ 4 OTRO 5 INICIAL	¿Está viva la madre natural de (NOMBRE)? **NO O NS:** PASE A 24	**ESTA VIVA** ¿Reside aquí la madre natural de (NOMBRE)? **SI:** ¿Cuál es su nombre? ANOTE EL Nº DE ORDEN DE LA MADRE **NO:** ANOTE "00"	¿Está vivo el padre natural de (NOMBRE)? **NO O NS:** PASE A 14 EN LA SIGUIENTE FILA SI HAY MÁS PERSONAS ; SINO PASE A 26	**ESTA VIVO** ¿Reside aquí el padre natural de (NOMBRE)? **SI:** ¿Cuál es su nombre? ANOTE EL Nº DE ORDEN DEL PADRE **NO:** ANOTE "00"
	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
	NIVEL AÑO GRADO		SI NO NS		SI NO NS	
01			1 2 8		1 2 8	
02			1 2 8		1 2 8	
03			1 2 8		1 2 8	
04			1 2 8		1 2 8	
05			1 2 8		1 2 8	
06			1 2 8		1 2 8	
07			1 2 8		1 2 8	
08			1 2 8		1 2 8	
09			1 2 8		1 2 8	
10			1 2 8		1 2 8	
11			1 2 8		1 2 8	
12			1 2 8		1 2 8	
13			1 2 8		1 2 8	
14			1 2 8		1 2 8	
15			1 2 8		1 2 8	

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
40	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar para tomar o beber?	**RED PÚBLICA** DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO ..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO ..... 13 **AGUA DE POZO** POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE ..... 21 POZO PÚBLICO ..... 22 **AGUA DE SUPERFICIE** MANANTIAL (PUQUIO) ..... 31 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA ..... 32 AGUA DE LLUVIA ..... 41 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO ..... 51 AGUA EMBOTELLADA ..... 91 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	42 47 45 47 45
41	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?	**RED PÚBLICA** DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO ..... 12 PILÓN / GRIFO PÚBLICO ..... 13 **AGUA DE POZO** POZO EN LA CASA/PATIO/LOTE ..... 21 POZO PÚBLICO ..... 22 **AGUA DE SUPERFICIE** MANANTIAL (PUQUIO) ..... 31 RÍO/ACEQUIA/LAGUNA ..... 32 AGUA DE LLUVIA ..... 41 CAMIÓN TANQUE /AGUATERO ..... 51 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	47 45 47 45
42	¿La fuente de abastecimiento de agua en el hogar está disponible todo el día?	SI ..... 1 NO 2	
43	En las últimas dos semanas ¿Tuvo un corte de agua todo un día o más tiempo?	SI ..... 1 NO 2	
44	VERIFIQUE 40 Y 41 FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO/ PILÓN / GRIFO PÚBLICO (Códigos: 12 ó 13) ☐	RED PÚBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA (Código: 11) ☐	47
45	¿Cuánto tiempo se demora en ir, recoger agua y volver?	MINUTOS ..... ☐☐☐ NO SABE 99	
46	Generalmente, ¿Quién va a recoger agua para su hogar? SONDEE: ¿Es mayor o menor de 15 años?	MUJER ADULTA ..... 1 HOMBRE ADULTO ..... 2 NIÑA MENOR DE 15 AÑOS ..... 3 NIÑO MENOR DE 15 AÑOS ..... 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
47	En su hogar, ¿Habitualmente toman o beben agua tal como viene del caño, pozo o fuente de abastecimiento? "SI": CIRCULE 01 "NO": **¿Qué le hacen al agua que habitualmente utilizan para tomar o beber?**	TOMAN TAL COMO VIENE DE LA FUENTE ..... 01 LA HIERVEN ..... 02 LE ECHAN LEJÍA/CLORO ..... 03 UTILIZA UN FILTRO ESPECIAL PARA AGUA ..... 04 FILTRA A TRAVÉS DE UNA TELA ..... 05 DESINFECCIÓN SOLAR ..... 06 DEJA REPOSAR ..... 07 TOMAN AGUA EMBOTELLADA ..... 91 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	51
48	El agua que usan para beber, ¿es agua que conservan en un envase o recipiente?	SI ..... 1 NO 2	51
49	¿Qué tipo de envase o recipiente es?	OLLA / TETERA ..... 01 BALDE ..... 02 JARRA ..... 03 BIDÓN ..... 04 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
50	¿Lo usa con tapa?	SI..... 1 NO..... 2	
51	¿Su hogar paga por el agua?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	→ 53
52	¿A quién paga por el agua?	INSTITUCIÓN/ EMPRESA PÚBLICA ..... 1 INSTITUCIÓN/EMPRESA PRIVADA..... 2 OTRO PROVEEDOR PRIVADO DE AGUA..... 3 JUNTA ADMINISTRADORA DE LOS SERVICIOS DE SANEAMIENTO (JASS)…….. 4 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
53	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar? SI TIENE LETRINA SONDEE EL TIPO	**CONECTADO A RED PÚBLICA DE DESAGÜE** DENTRO DE LA VIVIENDA..... 11 FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DEL EDIFICIO..... 12 POZO SÉPTICO/ TANQUE SEPTICO..... 21 **LETRINA** MEJORADA VENTILADA…… 31 MEJORADA ECOLÓGICA / ABONERA / COMPOSTERA…… 32 MEJORADA COLGANTE / FLOTANTE…… 33 POZO CIEGO O NEGRO CON TRATAMIENTO DE CAL, CENIZA, ESTIÉRCOL, ASERRÍN, ARENA…… 34 POZO CIEGO O NEGRO …… 35 RÍO, ACEQUIA O CANAL..... 41 NO HAY SERVICIO (MATORRAL/ CAMPO)..... 51 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 57
54	¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?	SI..... 1 NO..... 2	→ 56
55	¿Con cuántos otros hogares comparte su servicio higiénico?	Nº DE HOGARES MENOR A 10 ..... 0 ☐ 10 Ó MAS HOGARES..... 95 NO SABE..... 98	
56	¿Con qué frecuencia realizan el aseo del baño o letrina?	VARIAS VECES AL DÍA …… 1 UNA VEZ AL DIA…… 2 VARIAS VECES A LA SEMANA …… 3 UNA VEZ A LA SEMANA …… 4 DE 8 A MÁS DIAS …… 5 NUNCA …… 6 NO SABE…… 8	
57	Los miembros de este hogar ¿Dónde se lavan las manos?	DENTRO O CERCA DEL BAÑO..... 1 DENTRO O CERCA DE LA COCINA ..... 2 EN OTRO LUGAR DENTRO DE LA VIVIENDA..... 3 FUERA DE LA VIVIENDA ..... 4 NO TIENEN UN LUGAR ESPECÍFICO 5	
58	¿Ustedes, cómo eliminan o dónde botan la mayor parte de la basura orgánica; es decir, la cáscara de los tubérculos, frutas, verduras, restos de alimentos preparados y/o los desechos del jardín?	**RECOGIDO DE LA CASA** POR EL GOBIERNO..... 11 POR EL MUNICIPIO..... 12 POR LA COMUNIDAD..... 13 POR EMPRESAS PRIVADAS..... 14 OTRO _____ 15 (ESPECIFIQUE) **TIRAN EN CONTENEDORES** DEL GOBIERNO..... 21 DEL MUNICIPIO..... 22 DE LA COMUNIDAD..... 23 DE EMPRESAS PRIVADAS..... 24 **DEPOSITADO O TIRADO** CAMPO ABIERTO..... 31 LUGAR DISTANTE..... 41 EN LA CALLE..... 42 DENTRO DEL PATIO O TERRENO ..... 43 RÍO/ACEQUIA…… 44 LA QUEMAN..... 51 LA ENTIERRAN ..... 61 COMPOST ..... 71 ALIMENTAN A LOS ANIMALES ..... 81 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	→ 60

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
59	¿Cada qué tiempo recogen la basura?	DIARIO ..... 01 VARIAS VECES A LA SEMANA ..... 02 SEMANAL ..... 03 QUINCENAL ..... 04 UNA VEZ POR MES ..... 05 ES IRREGULAR ..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE 98	
60	Antes de botar la basura ¿En qué la almacenan?	RECIPIENTE O CONTENEDOR CUBIERTO ..... 1 RECIPIENTE O CONTENEDOR DESCUBIERTO ..... 2 BOLSA DE PLÁSTICO/COSTAL DE POLIETILENO, YUTE ..... 3 BOLSA DE PAPEL O PERIÓDICO/CAJA DE CARTÓN ..... 4 NO TIENE RECIPIENTE ..... 5 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
61	Su hogar tiene: a. ¿sofá? b. ¿vitrina / aparador? c. ¿repostero? d. ¿comoda / ropero? e. ¿reloj de pared? f. ¿teléfono fijo? g. ¿celular? h. ¿radio? i. ¿televisión? j. ¿televisión por cable? k. ¿licuadora? l. ¿cocina a gas? m. ¿cocina a kerosene? n. ¿microondas? ñ. ¿refrigeradora/congeladora? o. ¿lavadora? p. ¿computadora? q. ¿internet? r. ¿bomba de agua? s. ¿generador de electricidad?	**SI NO** a. SOFÁ..... 1 2 b. VITRINA / APARADOR..... 1 2 c. REPOSTERO..... 1 2 d. COMODA / ROPERO..... 1 2 e. RELOJ DE PARED..... 1 2 f. TELÉFONO FIJO..... 1 2 g. CELULAR..... 1 2 h. RADIO..... 1 2 i. TELEVISIÓN..... 1 2 j. TELEVISIÓN POR CABLE..... 1 2 k. LICUADORA..... 1 2 l. COCINA A GAS..... 1 2 m. COCINA A KEROSENE..... 1 2 n. MICROONDAS..... 1 2 ñ. REFRIGERADORA/CONGELADORA..... 1 2 o. LAVADORA..... 1 2 p. COMPUTADORA..... 1 2 q. INTERNET..... 1 2 r. BOMBA DE AGUA..... 1 2 s. GENERADOR DE ELECTRICIDAD..... 1 2	
62	¿Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA) ..... 03 KEROSENE ..... 04 CARBÓN VEGETAL ..... **05** CARBÓN MINERAL ..... **06** LEÑA ..... **07** BOSTA ..... **08** RESIDUOS AGRÍCOLAS ..... **09** CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) ..... **10** NO COCINA ..... 95 → 70 OTRO _____ **96** (ESPECIFIQUE)	
63	¿Adicionalmente utilizan otro tipo de combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 65	
64	¿Qué otro tipo de combustible utilizan en su hogar para cocinar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA) ..... 03 KEROSENE ..... 04 CARBÓN VEGETAL ..... **05** CARBÓN MINERAL ..... **06** LEÑA ..... **07** BOSTA ..... **08** RESIDUOS AGRÍCOLAS ..... **09** CAÑAS/ARBUSTOS (SECOS) ..... **10** OTRO _____ **96** (ESPECIFIQUE)	
65	**VERIFIQUE 62 Y 64 :** EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 05 AL 96 ☐ ↓ EN ALGUNA DE ELLAS ESTÁ CIRCULADO ALGÚN CODIGO DEL 01 AL 04 ☐ → 67		
66	En este hogar, la cocina o fogón en que preparan sus alimentos ¿Tiene chimenea o conducto para eliminar el humo?	SI ..... 1 NO ..... 2 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
67	Generalmente, ¿Se cocina dentro de la casa, al aire libre o en cuarto separado?	DENTRO DE LA CASA..... 1 AL AIRE LIBRE/PATIO/AZOTEA..... 2 CUARTO SEPARADO..... 3 → 69 OTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
68	¿Utilizan un cuarto especialmente para cocinar?	SI..... 1 NO..... 2	
69	¿Ustedes compran combustible para cocinar?	SI ..... 1 NO 2	
70	¿Qué tipo de alumbrado utilizan en su hogar?	ELECTRICIDAD ..... 01 GAS LICUADO (GLP) ..... 02 GAS NATURAL (TUBERÍA)..... 03 KEROSENE ..... 04 VELAS..... 05 BATERÍA..... 06 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
71	Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garaje, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... ☐☐	
72	¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?	NÚMERO DE HABITACIONES ..... ☐☐	
73	MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**PISO ACABADO** PARQUET O MADERA PULIDA ..... 11 LÁMINAS ASFÁLTICAS, VINÍLICOS O SIMILARES ..... 12 LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES ..... 13 CEMENTO/LADRILLO ..... 14 **PISO RÚSTICO** MADERA (ENTABLADOS) ..... 21 PONA ..... 22 **PISO NATURAL** TIERRA / ARENA ..... 31 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
74	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**ELABORADOS / ACABADOS** LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO..... 11 PIEDRA O SILLAR CON CAL O CEMENTO..... 12 ADOBE O TAPIA TARRAJEADOS..... 13 **RUSTICOS** ADOBE O TAPIA SIN TARRAJEAR..... 21 TABLONES / MADERA..... 22 QUINCHA (CAÑA CON BARRO) ..... 23 PIEDRA CON BARRO ..... 24 **NATURALES / LIGEROS** CAÑA / BAMBU/PONA/ PALMA / TRONCOS/ TABIQUE ..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 TRIPLEY ..... 34 SIN PAREDES ..... 35 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
75	MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**ELABORADOS / ACABADOS** CONCRETO ARMADO..... 11 TEJAS..... 12 **RUSTICOS** PLANCHA DE CALAMINA, FIBRA DE CEMENTO O SIMILARES..... 21 MADERA..... 22 CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO..... 23 **NATURALES / LIGEROS** PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC..... 31 ESTERA ..... 32 CARTÓN ..... 33 SIN TECHO ..... 34 OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
76	TIPO DE VENTANAS DE LA VIVIENDA POR OBSERVACIÓN O INDAGUE	**SI** **NO** TIENE VENTANAS..... 1 2 → 77 VENTANAS CON VIDRIO..... 1 2 VENTANA CON MADERA..... 1 2 VENTANAS CON MALLAS..... 1 2 VENTANAS CON CORTINAS O PERSIANAS 1 2	
77	Algún miembro de su hogar tiene: a. ¿bicicleta / triciclo? b. ¿motocicleta/motokar? c. ¿carro ó camión? d. ¿carreta? e. ¿bote a motor? f. ¿otro medio de transporte (peque-peque, caballo, etc.)?	**SI** **NO** BICICLETA / TRICICLO ..... 1 2 MOTOCICLETA ..... 1 2 CARRO O CAMIÓN ..... 1 2 CARRETA ..... 1 2 BOTE A MOTOR ..... 1 2 OTRO _____ 1 2 (ESPECIFIQUE)	
78	¿Algún miembro de su hogar es dueño de tierras agrícolas?	SI..... 1 NO..... 2 → 80	
79	En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?	HECTAREAS..... ☐☐☐.☐ OTRA MEDIDA _____ ☐☐☐.☐ (ESPECIFIQUE) NO SABE/NO CONOCE 998	
80	Algún miembro de su hogar es dueño de … ...¿reses ? ...¿caballos, mulas o burros? ...¿cabras? ...¿ovejas? ...¿aves en general? ...¿cuyes, conejos? ...¿cerdos? ...¿llamas, alpacas? ...¿otros animales? PARA CADA RESPUESTA "**SI**" PREGUNTE: **¿Cuántos?**	**SI** **NO** **NS** **CANTIDAD** RESES ..... 1 2 8 ☐☐☐ CABALLOS/MULAS/BURROS..... 1 2 8 ☐☐☐ CABRAS..... 1 2 8 ☐☐☐ OVEJAS..... 1 2 8 ☐☐☐ AVES EN GENERAL..... 1 2 8 ☐☐☐ CUYES./CONEJOS..... 1 2 8 ☐☐☐ CERDOS..... 1 2 8 ☐☐☐ LLAMAS/ALPACAS..... 1 2 8 ☐☐☐ OTROS ANIMALES _____ 1 2 8 ☐☐☐ (ESPECIFIQUE)	
81	Por favor dígame si este hogar tiene alguno de los siguientes productos: a. ¿Ácido muriático, creso u otro similar? b. ¿Veneno para ratas o pericotes? c. ¿Pinturas, barnices? d. ¿Preservantes de madera, pegamentos, tiner u otros solventes? e. ¿Gasolina, petróleo u otro líquido combustible? f. ¿Aceite, liquido de frenos, líquido hidráulico, limpiador de motor para vehículos? g. ¿Artículos que contienen Mercurio o Plomo?	**SI** **NO** ÁCIDO MURIÁTICO, CRESO U OTRO SIMILAR..... 1 2 VENENO PARA RATAS O PERICOTES..... 1 2 PINTURAS, BARNICES..... 1 2 PRESERVANTES DE MADERA, PEGAMENTOS, TINER U OTROS SOLVENTES..... 1 2 GASOLINA, PETRÓLEO U OTRO..... 1 2 ACEITE, LÍQUIDO DE FRENOS, HIDRÁULICO, LIMPIADOR DE MOTOR PARA VEHICULOS…… 1 2 ARTICULOS QUE CONTIENEN MERCURIO O PLOMO….. 1 2	
82	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	
83	**ENTREVISTADORA:** - **VEA LA COLUMNA (10A); Y, DE ESTAR LISTADA AL MENOS UNA PERSONA DE 40 O MÁS AÑOS DE EDAD PASE A SECCIÓN 3** - **DE NO ESTAR LISTADA PERSONA ALGUNA CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD; VEA COL. 9 Y APLIQUE CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIEN CORRESPONDA PARA LUEGO CONTINUAR CON LA SECCIÓN 4, 5 Y 7.**		

SECCIÓN 3. TRAUMATISMOS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

100	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS QUE TIENEN 40 O MÁS AÑOS DE EDAD, A QUIENES, LE SERÁN FORMULADAS DE MANERA DIRECTA, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE SE OTORGAN A CONTINUACIÓN:			
101	VEA EN PREGUNTA 2 Y 10A; Y TRANSCRIBA ORDENADAMENTE EN CADA COLUMNA, EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LAS PERSONAS DE 40 O MÁS AÑOS	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE: _____
101 A	INICIE LAS ENTREVISTA RESPETANDO EL ORDEN DE LAS PERSONAS LISTADAS EN LA PGTA 101	PRESENTE..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZÓ..... 3 OTRO..... 6	PRESENTE..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZÓ..... 3 OTRO..... 6	PRESENTE..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZÓ..... 3 OTRO..... 6
102	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐
103	En los últimos tres meses, entre: _____ y _____, **¿Usted…**	**SI** **NO**	**SI** **NO**	**SI** **NO**
	a. Sufrió corte o herida sangrante?	1 2	1 2	1 2
	b. Sufrió estiramiento muscular o de ligamentos por movimiento forzado o caida?	1 2	1 2	1 2
	c. Sufrió fractura del brazo, pierna, cadera, cráneo u otro hueso del cuerpo?	1 2	1 2	1 2
104	**VERIFIQUE 103:** **¿ALGÚN SI?**	**ALGÚN "SI"** ☐ **TODOS "NO"** ☐ **(PASE A 106)**	**ALGÚN "SI"** ☐ **TODOS "NO"** ☐ **(PASE A 106)**	**ALGÚN "SI"** ☐ **TODOS "NO"** ☐ **(PASE A 106)**
105	¿Usted recibió tratamiento médico o de otro profesional de la salud para la herida, estiramiento muscular y/o la fractura?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
106	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 108)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 108)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 108)**
107	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para la diabetes?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
108	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene colesterol alto?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 110)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 110)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 110)**
109	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el colesterol alto?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
110	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene triglicéridos altos?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 112)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 112)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 112)**
111	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para los triglicéridos altos?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
112	¿Algún médico u otro profesional de la sa lud le ha dicho que usted tiene infección urinaria, cálculo renal o insuficiencia renal?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 114)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 114)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 114)**
113	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para la infección urinaria, cálculo renal o insuficiencia renal?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
114	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene asma?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 116)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 116)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 116)**

	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 7	NÚMERO DE ORDEN ___ NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN ___ NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN ___ NOMBRE: _____
115	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el asma?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
116	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 118)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 118)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 118)**
117	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el cáncer o tumor maligno ?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
118	Actualmente, ¿Usted tiene tos con flema que ya le dura más de 15 días?.	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 120)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 120)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 120)**
119	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para la tos con flema?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
120	¿Algún médico le ha dicho que tuvo un infarto o tiene alguna enfermedad del corazón?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 122)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 122)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 122)**
121	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para el corazón?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
122	¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene "Presión Alta" o Hipertensión Arterial?	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 125)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 125)**	SI..... 1 NO..... 2 **(PASE A 125)**
123	Actualmente, ¿Usted recibe tratamiento médico para la "Presión Alta"?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
124	¿Hace cuánto tiempo que el médico u otro profesional de la salud le diagnosticó que usted tiene "Presión Alta" o Hipertensión Arterial?	MESES..... 1 ___ AÑOS..... 2 ___	MESES..... 1 ___ AÑOS..... 2 ___	MESES..... 1 ___ AÑOS..... 2 ___
125	Normalmente, ¿Su actividad diaria la realiza de pie o sentado/a?	DE PIE..... 1 SENTADO/A..... 2	DE PIE..... 1 SENTADO/A..... 2	DE PIE..... 1 SENTADO/A..... 2
126	Normalmente, ¿Qué tanto esfuerzo físico le demanda a usted realizar su actividad diaria: leve, moderado o alto?	LEVE..... 1 MODERADO/ ALTO..... 2	LEVE..... 1 MODERADO/ ALTO..... 2	LEVE..... 1 MODERADO/ ALTO..... 2
127	Normalmente, ¿Usted practica algún deporte o realiza algún ejercicio físico como planchas, caminatas u otro similar al menos un día a la semana?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
128	El día domingo, por lo normal ¿Cuántas horas usted ve televisión y/o películas en casa?	NO VE TV O VIDEOS..... 1 MENOS DE TRES HORAS. 2 MÁS DE TRES HORAS..... 3	NO VE TV O VIDEOS..... 1 MENOS DE TRES HORAS. 2 MÁS DE TRES HORAS..... 3	NO VE TV O VIDEOS..... 1 MENOS DE TRES HORAS. 2 MÁS DE TRES HORAS..... 3
129	¿Suele usted agregarle sal a su plato de comida para atender su gusto personal?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
130	Normalmente, ¿Usted acompaña con ensalada de verduras el consumo de menestras?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
131	Normalmente, ¿Usted consume fruta fresca todos los días de la semana?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2

	NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 7	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE: _____	NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE: _____
132	Normalmente, ¿Usted consume alguna golosina o postre entre las comidas diarias?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
133	Normalmente, ¿Cuántos días de la semana come usted alguna fritura: papa frita, pollo frito, churrasco, pescado frito u otro similar?	Nº DE DIAS…..... ☐☐	Nº DE DIAS…..... ☐☐	Nº DE DIAS…..... ☐☐
134	Normalmente, ¿Usted come el pollo sin pellejo y/o la carne desgrasada?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2
135	¿Alguna vez usted ha fumado diariamente al menos un cigarrillo?	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 139)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 139)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 139)**
136	¿A qué edad empezó a fumar diariamente al menos un cigarrillo?	EDAD EN AÑOS…..... ☐☐	EDAD EN AÑOS…..... ☐☐	EDAD EN AÑOS…..... ☐☐
137	Actualmente, ¿Usted fuma diariamente al menos un cigarrillo?	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 139)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 139)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 139)**
138	En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA…..... ☐☐	Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA…..... ☐☐	Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA…..... ☐☐
139	En el mes de (anterior)_____ ¿Ha tomado usted al menos un vaso de cachina, cerveza, vino, pisco, u otra bebida similar?	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 144)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 144)**	SI..... 1 NO..... 2 → **(PASE A 144)**
140	En ese mes ¿En cuántas ocasiones u oportunidades tomó usted?	Nº DE OCASIONES QUE TOMÓ…..... ☐☐	Nº DE OCASIONES QUE TOMÓ…..... ☐☐	Nº DE OCASIONES QUE TOMÓ…..... ☐☐
141	¿Cuántos vasos o botellas tomó usted la última vez?	Nº DE VASOS..... 1 ☐☐ Nº DE BOTELLAS..... 2 ☐☐	Nº DE VASOS..... 1 ☐☐ Nº DE BOTELLAS..... 2 ☐☐	Nº DE VASOS..... 1 ☐☐ Nº DE BOTELLAS..... 2 ☐☐
142	¿Cuál de esas bebidas toma usted con mayor frecuencia?	CHICHA DE JORA…..... 01 CACHINA…..... 02 CERVEZA…..... 03 VINO…..... 04 PISCO…..... 05 RON…..... 06 WHISKY…..... 07 YONQUE / CAÑA…..... 08 MAZATO…..... 09 OTRO_____ 96 *Especifique*	CHICHA DE JORA…..... 01 CACHINA…..... 02 CERVEZA…..... 03 VINO…..... 04 PISCO…..... 05 RON…..... 06 WHISKY…..... 07 YONQUE / CAÑA…..... 08 MAZATO…..... 09 OTRO_____ 96 *Especifique*	CHICHA DE JORA…..... 01 CACHINA…..... 02 CERVEZA…..... 03 VINO…..... 04 PISCO…..... 05 RON…..... 06 WHISKY…..... 07 YONQUE / CAÑA…..... 08 MAZATO…..... 09 OTRO_____ 96 *Especifique*
143	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐	HORA..... ☐☐ MINUTOS..... ☐☐
144		REGRESE A 101 EN COL. SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PGTA. 145	REGRESE A 101 EN COL. SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PGTA. 145	REGRESE A 101 EN COL. SIGUIENTE, SI NO HAY MÁS PERSONAS PASE A PGTA. 145

	MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA ☐
145	**ENTREVISTADORA:** - **VEA LA COLUMNA (9) Y APLIQUE EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL A QUIÉN CORRESPONDA** - **LAS SECCIONES 4, 5, 6 Y 7 DE ESTE CUESTIONARIO SERÁN DILIGENCIADAS AL TÉRMINO DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL; O, SI ENTREVISTADO ES VARÓN.**

SECCIÓN 4. MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (9) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 200 Y 201 DE LA SIGUIENTE TABLA, ANOTE EL Nº DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLAS TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 106 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL Y TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 202 LA EDAD DE ELLAS. POSTERIORMENTE, MEF POR MEF, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL. (9) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 106 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(200)	(201)	(202)	(203)	(204)	(205)	(206)	(207)
		AÑOS		.	.		
				.	.		
				.	.		
				.	.		

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNA (10) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 200 Y 201 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE EL Nº DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLOS TIENEN. LUEGO, MEF POR MEF, VEA LA PREGUNTA 217 Y 215 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, Y NIÑO POR NIÑO, TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 202 Y 203 LA EDAD, MES Y AÑO DE NACIMIENTO. POSTERIORMENTE, PREGUNTE POR EL DÍA DE NACIMIENTO Y CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL (10) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L. H.	EDAD PGTA 217 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)? * PREGUNTA 215 DEL C. I.	PESO (KILOGRAMOS)	TALLA (CENTÍMETROS)	MEDIDO ACOSTADO O PARADO	RESULTADO 1 MEDIDO (A) 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(200)	(201)	(202)	(203)	(204)	(205)	(206)	(207)
			DÍA MES AÑO	.	.	ACOST 1 PAR. 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	
				.	.	1 2	

* PARA NIÑO(A)S NO INCLUÍDOS EN LA HISTORIA DE NACIMIENTOS, PREGUNTE DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO.

CULMINADA LA TOMA DEL PESO Y TALLA DE LA MEF Y SUS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD PASE A REALIZAR LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA HASTA AGOTAR TODAS LAS MEF Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD.

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA ☐

FECHA DE LA MEDICIÓN: _____ DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA ANTROPOMETRISTA _____ ☐☐

NOMBRE Y CÓDIGO DE LA AUXILIAR: _____ ☐☐

SECCIÓN 5. PRUEBA DE HEMOGLOBINA

Como parte de esta encuesta, estamos investigando la presencia de Anemia en mujeres y niños como un problema de orden nutricional en nuestro país, cuyas principales consecuencias son: fatiga, mareo, dolor de cabeza, palidez y palpitaciones, que también se expresa en un bajo rendimiento intelectual, alteraciones de la conducta y baja productividad. La anemia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible en la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; es decir, sea por la carencia de suficientes glóbulos rojos o de una baja concentración de hemoglobina en la sangre.

Esta investigación ayudará al gobierno a desarrollar programas de prevención y tratamiento de la Anemia. Con tal motivo, solicitamos que usted (y los niños menores de 6 años) participen en la prueba de Anemia que consiste en dar una gotita de sangre de su dedo; prueba que realizamos con equipos probados y garantizados; e, insumos seguros y descartables para cada persona.

Inmediatamente después de la prueba le estaremos dando los resultados, los cuales serán confidenciales.

Sin embargo, si usted decide no hacerse la prueba está en su derecho y nosotros respetaremos su decisión. Ahora, por favor dígame ¿Acepta hacerse la prueba de hemoglobina?

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD

MEF A MEF VEA PGTA 202. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 208 SEGÙN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL Nº DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H. SI NO ESTÁ EN ÉSTE, ANOTE "00".	**LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO** A CADA MUJER O PERSONA RESPONSABLE, DE ACUERDO AL CASO CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)	**ACTUALMENTE EMBARAZADA** (VEA PGTA. 226 DEL C.I. LUEGO CIRCULE S. C.)	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(208)	(209)	(210)	(211)	(212)	(213)
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 **PASE A 210**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 **PASE A 210**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 **PASE A 210**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	
15 - 17 AÑOS .... 1 18 - 49 AÑOS .... 2 **PASE A 210**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.	SI ..... 1 NO/NS..... 2	

EFECTUADA LA PRUEBA DE HEMOGLOBINA DE LA MEF, CONTINUE CON SUS MENORES DE 6 AÑOS SI LOS TUVIERA. CASO CONTRARIO, PROSIGA CON LA OTRA MEF O NIÑO DE SER EL CASO.

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOSDE EDAD

NIÑO A NIÑO VEA PGTA 203. LUEGO, CIRCULE EN PGTA 208 SEGÙN CORRESPONDA	PGTE POR RESPONSABLE DE ESTA PERSONA Y ANOTE EL Nº DE ORDEN QUE EL RESPONSABLE TIENE EN EL L. H. SI NO ESTÁ EN ÉSTE, ANOTE "00".	**LEA LA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO** A CADA MUJER O PERSONA RESPONSABLE, DE ACUERDO AL CASO CIRCULE CÓDIGO	NIVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)		RESULTADO 1 MEDIDO(A) 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(208)	(209)	(210)	(211)	(212)	(213)
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.		
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.		
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.		
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.		
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.		
6 MESES Y MAS. 1 OTRO..... 2 **PASE SGTE. NIÑO**		ACEPTÓ ..... 1 RECHAZÓ / OTRO.... 2 **PASE A 213**	.		

214	VERIFIQUE 211 Y 212: NÚMERO DE PERSONAS CON HEMOGLOBINA POR DEBAJO DEL LÍMITE : < 12 g / dl en MEF (15 - 49 años) < 11 g / dl en niños(6 - 59 meses) y MEF gestante UNA O MAS ⚑↓ — DAR A CADA MUJER / PARIENTE / ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA Y CONTINÚE CON 215 NINGUNA ⚑↓ — DAR A CADA MUJER / PARIENTE / ADULTO RESPONSABLE EL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA.
215	Hemos detectado un nivel bajo de hemoglobina en su sangre / la sangre de NOMBRE DEL NIÑO (OS). Esto indica que (usted / NOMBRE DEL NIÑO(OS)) han desarrollado anemia (leve, moderada o severa), lo cual es un problema de salud. Le sugiero acercarse al establecimiento de salud para obtener tratamiento adecuado para (usted / NOMBRE DEL NIÑO(OS)).

CLASIFICACIÓN DE ANEMIA

GRUPOS DE EDAD	GRADOS DE ANEMIA CLASIFICACIÓN	HEMOGLOBINA (g / dl)
MEF (15 - 49 años)	Anemia Leve	10.0 - 11.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	< 7.0
Niños de 6 - 59 meses y Gestantes	Anemia Leve	10.0 - 10.9
	Anemia Moderada	7.0 - 9.9
	Anemia Severa	4.0 - 6.9
	Anemia muy Severa	< 4.0

OBSERVACIONES DE LA ANTROPOMETRISTA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la medición de peso, talla y hemoglobina)

SECCIÓN 6. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

MUJERES CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LA COLUMNAS (6) Y (10A) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODAS LAS MUJERES QUE TIENEN 40 O MÁS AÑOS DE EDAD; Y EN LAS PREGUNTAS 216 Y 217 DE LA SIGUIENTE TABLA, ANOTE EL Nº DE ORDEN Y NOMBRE QUE ELLAS TIENEN. LUEGO, MUJER POR MUJER, VEA LA PREGUNTA 7 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR O 106 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL Y TRANSCRIBA EN LA PREGUNTA 218 LA EDAD DE ELLAS. POSTERIORMENTE, MUJER POR MUJER, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL. (10A) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 7 L.H. O 106 DEL C.I.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm de Hg)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm de Hg)	HORA DE LA MEDICIÓN	RESULTADO 1 MEDIDA 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(216)	(217)	(218)	(219)	(220)	(221)	(221A)	(222)
		AÑOS		1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	

HOMBRES CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD

IDENTIFIQUE EN LAS COLUMNAS (6) Y (10A) DEL LISTADO DEL HOGAR A TODOS LOS HOMBRES QUE TIENEN 40 O MÁS AÑOS DE EDAD; Y, EN LAS PREGUNTAS 216, 217 Y 218 DE LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE EL Nº DE ORDEN, NOMBRE Y EDAD QUE ELLOS TIENEN. POSTERIORMENTE, PERSONA POR PERSONA, CONTINUE CON LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

Nº DE ORDEN EN COL (1) DEL L.H.	NOMBRE DE LA COL. (2) DEL L.H.	EDAD PGTA 7 DEL L. H.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm de Hg)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm de Hg)	HORA DE LA MEDICIÓN	RESULTADO 1 MEDIDO 2 NO PRESENTE 3 RECHAZÓ 6 OTRO
(216)	(217)	(218)	(219)	(220)	(221)	(221A)	(222)
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	
				1ra. 2da.	1ra. 2da.	Hora Minutos	

MARQUE EL RECUADRO SI CONTINUA EN OTRA HOJA ☐

SECCIÓN 7. PRUEBA DE YODO EN LA SAL Y DE CLORO RESIDUAL EN EL AGUA

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
223	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.		
224	REALICE LA PRUEBA DE YODO Y CIRCULE EL CODIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA.	SIN COLORACION (VALOR "0")..... 1 COLORACIÓN TENUE (VALOR "7")..... 2 COLORACIÓN AZUL O MORADO (VALOR "15")..... 3 COLORACIÓN MORADO OSCURO (VALOR "30 a más")..... 4 NO HAY SAL EN EL HOGAR..... 5 NO SE PUDO REALIZAR LA PRUEBA 9	→ 226
225	¿Me permite ver la bolsa de la sal? BOLSA VISTA: ANOTE LA MARCA Y CIRCULE "1" BOLSA NO VISTA: **¿Cuál es la marca de la sal que están usando?**	_____ VISTA 1 | | | **Especifique la marca** _____ NO VISTA 2 | | | **Especifique la marca** No sabe: …… 998	
226	**VEA LA PREGUNTA "40". LUEGO,** SOLICITE PERMISO PARA TOMAR UNA MUESTRA DEL AGUA QUE SE CONSUME EN EL HOGAR, INDAGANDO SOBRE LA FUENTE O RECIPIENTE DE DONDE LOS MIEMBROS DEL HOGAR ACCEDEN AL AGUA QUE BEBEN DIARIAMENTE, A FIN DE EVALUAR LA CALIDAD BACTERIOLÓGICA DE LA MISMA. ***TOMAR LA MUESTRA DEL GRIFO O CAÑO,*** SI EL HOGAR CUENTA CON SERVICIO DE RED PÚBLICA Y LA CONSUME DIRECTAMENTE DEL LUGAR DE SUMINISTRO. ***TOMAR LA MUESTRA DEL DEPÓSITO O RECIPIENTE***, SI EL HOGAR NO CUENTA CON SERVICIO DE RED PÚBLICA; Ó, SI TENIENDO EL SERVICIO DE RED PUBLICA EL AGUA NO LA CONSUME DIRECTAMENTE DE LA FUENTE DE SUMINISTRO SINO DEL RECIPIENTE DONDE LA GUARDA. **SI MIEMBROS DEL HOGAR CONSUMEN EL AGUA DIRECTAMENTE DEL RIO, ACEQUIA, LAGUNA, MANANTIAL, POZO O SIMILAR , NO LA ALMACENAN, EN LA PREGUNTA 227 CIRCULE LA ALTERNATIVA "4".** **SI MIEMBROS DEL HOGAR PRINCIPALMENTE BEBEN AGUA EMBOTELLADA, CIRCULE LA ALTERNATIVA "5".**		
227	REALICE LA PRUEBA DE CLORO RESIDUAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE IDENTIFICA EL RESULTADO DE LA PRUEBA.	Mayor o Igual a 0.5 mg/Lt. ..... 1 De 0.1 mg/Lt. A menos de 0.5 mg/Lt. ..... 2 0.0 mg/Lt. ..... 3 La toman tal como viene del: Rio, Acequia, Pozo, etc 4 Toman agua embotellada..... 5 No se pudo realizar la Prueba 9	

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista)

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

NOMBRE DE LA SUPERVISORA: _____ FECHA: _____

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUJER A SER ENTREVISTADA EN LA SECCIÓN DE "VIOLENCIA DOMÉSTICA"

1. Verifique en la portada del Cuestionario del Hogar el **último dígito del número de selección de la vivienda** y escríbalo en la siguiente casilla para determinar la **fila** a usar en el cuadro. **FILA** ☐

2. Verifique **en la columna 9,** el total de mujeres entre 15-49 años que hay en el listado de hogar y escriba ese total en la siguiente casilla para determinar la **columna** a usar **COLUMNA** ☐

3. Circule en el cuadro siguiente el número en la intersección de la correspondiente **FILA Y COLUMNA**.

Ultimo dígito del Número de Selección de la Vivienda	Número de mujeres listadas en Cuestionario de Hogar							
	Una mujer	Dos mujeres	Tres mujeres	Cuatro mujeres	Cinco mujeres	Seis mujeres	Siete mujeres	Ocho mujeres
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

4. El número circulado le indica cuál mujer en el LISTADO DE HOGAR es elegible para las preguntas de Violencia Doméstica, es decir, si es la primera mujer listada, o la segunda, la tercera, etc.
   Recuerde que el número circulado en el cuadro de arriba no es equivalente al número de orden de la mujer.

5. Revise la **columna 9** del LISTADO DE HOGAR para poder determinar el **número de orden** de la mujer seleccionada, es decir, el número de orden de la primera mujer listada, o la segunda o la tercera, etc. Registre el número de orden en las siguientes casillas y ponga una "X" al lado del número de orden en la **columna 9**. ☐☐

INEI