

V CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA

I PRUEBA EXPERIMENTAL Guía del Observador u Observadora

Localidad: _____

Hora de comienzo de la entrevista: _____

Fecha de Entrevista: ____/____/____

Hora de finalización de la entrevista: _____

SECCION II DATOS DE LA VIVIENDA VARIABLES	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES
<p>1. TIPO DE VIVIENDA</p> <p>A) FAMILIAR</p> <p><input type="radio"/> Quinta o casa quinta</p> <p><input type="radio"/> Casa</p> <p><input type="radio"/> Apartamento en edificio</p> <p><input type="radio"/> Apartamento en quinta, casa quinta o casa</p> <p><input type="radio"/> Casa de vecindad</p> <p><input type="radio"/> Rancho</p> <p><input type="radio"/> Vivienda Tradicional indígena</p> <p><input type="radio"/> Otra clase</p> <p>B) COLECTIVA</p> <p><input type="radio"/> Institucionales</p> <p>Total de personas en la colectividad _____ } Pasa a</p> <p><input type="radio"/> No Institucionales</p> <p>Total de personas en la colectividad _____ } Sección VI</p>			
<p>2. CONDICIÓN DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA OCUPADA</p> <p><input type="radio"/> Con ocupantes presentes</p> <p><input type="radio"/> Con ocupantes ausentes</p> <p><input type="radio"/> Desocupada</p> <p><input type="radio"/> En construcción</p> <p>} Fin de la entrevista</p>			

	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES
<p>3. ESTA VIVIENDA ES DE USO</p> <p><input type="radio"/> Permanente</p> <p><input type="radio"/> Ocasional _____ Fin de la entrevista</p> <p><input type="radio"/> Transitorio Indígena</p>			
<p>4. MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES</p> <p><input type="radio"/> Bloque, ladrillo o adobe frisado (acabado)</p> <p><input type="radio"/> Bloque, ladrillo o adobe sin frisar (no acabado) Ladrillo o adobe sin frisar (obra limpia)</p> <p><input type="radio"/> Concreto</p> <p><input type="radio"/> Madera aserrada, fórmica, fibra de vidrio y similares</p> <p><input type="radio"/> Láminas de policloruro de vinilo (pvc)</p> <p><input type="radio"/> Tapia o bahareque frisado</p> <p><input type="radio"/> Tapia o bahareque sin frisar</p> <p><input type="radio"/> Troncos</p> <p><input type="radio"/> Piedra o Laja</p> <p><input type="radio"/> Palma o similares</p> <p><input type="radio"/> Otros (láminas de zinc, cartón, tablas o similares)</p> <p><input type="radio"/> No tiene Paredes exteriores</p>			

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- Platabanda
- Teja
- Láminas asfálticas
- Láminas metálicas (zinc, aluminio y similares)
- Asbesto y similares
- Láminas de policloruro de vinilo (pvc)
- Palma o similares
- Otros (tablas o similares)

6. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO

- Mármol, mosaico, granito, vinil, cerámica, ladrillo, terracota, parquet, alfombra y similares.
- Cemento.
- Tierra.
- Tablas.
- Otros

7. LA COCINA ESTÁ UBICADA EN:

- Cuarto solo
- Sala - comedor
- Otro sitio

ENCUESTADOR

Marque con una X en la casilla correspondiente su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas

- 1 ¿Leyó textualmente la pregunta?
- 2 ¿Leyó las opciones de respuesta?
- 3.- ¿Indujo la respuesta?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL INFORMANTE

Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:

- 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?
SÍ NO
- 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?
SÍ NO
- 3.- ¿Pidió aclaratoria?
SÍ NO

VARIABLES	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
<p>8. A ESTA VIVIENDA LLEGA EL AGUA POR:</p> <p><input type="radio"/> Acueducto o tubería</p> <p><input type="radio"/> Camión cisterna</p> <p><input type="radio"/> Pila pública</p> <p><input type="radio"/> Pozo con tubería o bomba</p> <p><input type="radio"/> Pozo o manantial protegido</p> <p><input type="radio"/> Lancha cisterna</p> <p><input type="radio"/> Aljibes o jagüeyes</p> <p><input type="radio"/> Río, caño, quebrada</p> <p><input type="radio"/> Lagos, laguna</p> <p><input type="radio"/> Otros medios (agua de Lluvia)</p> <p style="text-align: right;">Pase a Pregunta 11</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>10. LA FRECUENCIA EN QUE LLEGA EL AGUA A ESTA VIVIENDA ES:</p> <p><input type="radio"/> Permanentemente</p> <p><input type="radio"/> Cada dos o tres días</p> <p><input type="radio"/> Una vez por semana (cada 8 días)</p> <p><input type="radio"/> Una vez cada quince días</p> <p><input type="radio"/> Otro Especifique _____</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>11. ¿QUÉ TIPO DE ALMACENAMIENTO DE AGUA UTILIZA ESTA VIVIENDA?:</p> <p><input type="radio"/> Tanque aéreo (con conexiones de distribución)</p> <p><input type="radio"/> Tanque subterráneo (con bombeo hidroneumático)</p> <p><input type="radio"/> Tanques, Toneles o Pipotes, Tobos o Potes, dentro o fuera de la vivienda</p> <p><input type="radio"/> Botellones, botellas</p> <p><input type="radio"/> No almacena agua.</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p style="text-align: center;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
<p>12. EL SERVICIO ELECTRICO LLEGA A ESTA VIVIENDA:</p> <p><input type="radio"/> Red pública con medidor</p> <p><input type="radio"/> Red pública sin medidor</p> <p><input type="radio"/> Planta propia generadora de electricidad</p> <p><input type="radio"/> Paneles solares</p> <p><input type="radio"/> Otra tipo de electricidad de generación propia</p> <p><input type="radio"/> No tiene servicio eléctrico</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuesta?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="1070 343 1169 502"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>13. EN ESTA VIVIENDA LA BASURA:</p> <p><input type="radio"/> Es recogida por el servicio de aseo urbano</p> <p><input type="radio"/> Se deposita en container público</p> <p><input type="radio"/> Se entierra</p> <p><input type="radio"/> Se quema</p> <p><input type="radio"/> Se bota en ríos, caño, quebrada o laguna</p> <p><input type="radio"/> Se lanza a cualquier lugar</p> <p style="text-align: right;">} pase a pregunta 15</p>	<table border="1" data-bbox="1070 630 1169 790"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>14. LA FRECUENCIA CON QUE ES RECOGIDA LA BASURA ES:</p> <p><input type="radio"/> La basura es recogida:</p> <p><input type="radio"/> Todos los días</p> <p><input type="radio"/> Una vez por semana(cada 8 días)</p> <p><input type="radio"/> Una vez cada quince días</p> <p><input type="radio"/> Otro Especifique_____</p>	<table border="1" data-bbox="1070 865 1169 1024"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>15. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE EN TOTAL ESTA VIVIENDA? (NO INCLUYA BAÑOS, PASILLOS, BALCONES, COCINA NI LAVADEROS)</p> <p style="text-align: center;"> </p>	<table border="1" data-bbox="1070 1085 1169 1244"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>SECCION II DATOS DE LA VIVIENDA</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE</p>	<p>OBSERVACIONES</p>								

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

<p style="text-align: center;">□ □</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>2.- ¿Esperó que la persona respondiera? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>	SI	NO											<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO														
<p>17. ESTA VIVIENDA TIENE:</p> <p><input type="radio"/> Poceta conectada a cloaca</p> <p><input type="radio"/> Poceta conectada a pozo séptico</p> <p><input type="radio"/> Poceta sin conexión a cloaca o a pozo séptico</p> <p><input type="radio"/> Excusado de hoyo o letrina</p> <p><input type="radio"/> No tiene poceta o excusado</p>	<p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>2.- ¿Esperó que la persona respondiera? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>	SI	NO											<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO														
<p>18. ¿EN ESTA VIVIENDA SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONÓMICA (EJ. REPOSTERÍA, COSTURA, MECÁNICA, ARTESANÍA, ETC.)?</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuestas? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>	SI	NO											<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO														
<p>19. EL TERRENO DONDE ESTÁ UBICADA LA VIVIENDA ES:</p> <p>Propio</p> <p><input type="radio"/> Municipal o Ejido</p> <p><input type="radio"/> Nacional</p> <p><input type="radio"/> Propiedad de terceros</p> <p><input type="radio"/> No sabe</p>	<p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>2.- ¿Esperó que la persona respondiera? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>	SI	NO											<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO														

SECCION II NÚMERO DE HOGARES	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES
VARIABLES			
1. ¿CUÁNTAS PERSONAS RESIDEN EN ESTA VIVIENDA?	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los	

	<p>en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="1066 217 1167 376"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>2. ¿ESTAS PERSONAS MANTIENEN GASTOS SEPARADOS PARA LA COMPRA DE LA COMIDA?</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p> <p>→ Un hogar Censal pase a la Sección IV Composición del hogar</p> <p>CONTINUE LA ENTREVISTA PARA EL PRIMER HOGAR CENSAL EN ESTE MISMO CUESTIONARIO PARA EL RESTO DE LOS HOGARES UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y HAGA LO SIGUIENTE:</p> <p>- Anote los mismo datos de la Sección I ðIdentificación de la viviendað, puntos 1 al 10 y continúe la entrevista en la sección IV ðComposición del Hogarð</p>	<p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3. ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="1066 536 1167 695"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>3. ¿CUÁNTOS GRUPOS DE PERSONAS MANTIENEN GASTOS SEPARADOS PARA LA COMPRA DE LA COMIDA?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>→ Cada Grupo De Personas Forma Un Hogar Censal</p>	<p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="1066 935 1167 1094"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

SECCIÓN IV. COMPOSICION DEL HOGAR SOLO PARA RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES
VARIABLES			
1. HOGARES EN ESTA VIVIENDA:	Marque con una X en la casilla correspondiente, su	Marque con una X en la casilla	

<p style="text-align: center;">↓ Anote el número Total de hogares en La vivienda</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO							<p>correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO										
<p>2. ¿CUÁNTAS PERSONAS DE ESTE HOGAR RESIDEN EN ESTA VIVIENDA, SE ENCUENTREN PRESENTES O NO EN ESTE MOMENTO?</p> <p style="text-align: center;">Total de personas <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>○ Incluya a los niños (as) y a los ancianos (as)?</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO										
<p>3. ¿CUÁL ES EL APELLIDO Y NOMBRE DE CADA UNA DE LAS PERSONAS DE ESTE HOGAR? <u>ANOTE CADA PERSONA Y SU RELACIÓN O PARENTESCO CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR Y SEXO, EN EL SIGUIENTE ORDEN</u></p> <p><i>Si hay más de 7 personas en el hogar, utilice otro cuestionario para las anotarlas y empadronarlas.</i></p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO										
<p>4. HE ANOTADO LAS SIGUIENTES PERSONAS (LEA EN VOZ ALTA LOS NOMBRES) ¿ALGUNA DE ESTAS PERSONAS RESIDE HABITUALMENTE EN OTRA VIVIENDA?</p> <p>¿ALGUNA DE ESTAS PERSONAS RESIDE HABITUALMENTE EN OTRA VIVIENDA?</p> <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>○ Consulte las reglas de residencia en el Manual y en caso de no ser residente TACHE A ESTA PERSONA DE LA LISTA</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO										

<p>HABITUALES DEL HOGAR</p> <p>VARIABLES</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE</p>	<p>OBSERVACIONES</p>								
<p>5. ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE NO HAYA ANOTADO Y QUE RESIDA AQUÍ HABITUALMENTE, PERO QUE NO SE ENCUENTRE EN ESTE MOMENTO POR VACACIONES, TRABAJO, ENFERMEDAD U OTRA CAUSA?</p> <p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p> <p>↓</p> <p>Consulte las reglas de residencia en el Manual y en caso de no ser residente ANOTE LOS DATOS DE ESTA PERSONA EN LA LISTA</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>1.- ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>6. ¿ALGUNA PERSONA QUE ERA MIEMBRO(A) DE ESTE HOGAR RESIDE ACTUALMENTE EN OTRO PAÍS?</p> <p>Sí ¿Cuántos? ___ No ___ → Pase a pregunta 7</p> <p>Nombre y apellido _____</p> <p>Sexo: Hombre <input type="radio"/> mujer <input type="radio"/></p> <p>Edad (al salir del país): _____</p> <p>Motivo del viaje: Trabajo <input type="radio"/> Estudio <input type="radio"/></p> <p>Otro Especifique: _____</p> <p>¿Cuál era el nivel educativo aprobado cuando se fue de Venezuela?</p> <p><input type="radio"/> Ninguno</p> <p><input type="radio"/> Educación Primaria (1-6)</p> <p><input type="radio"/> Educación Media (1-5) (6)</p> <p><input type="radio"/> Universitaria</p> <p>¿En qué País reside actualmente? _____</p> <p>¿En cuál de los siguientes Períodos se produjo su salida? Períodos <input type="radio"/> 2010-2011</p> <p><input type="radio"/> 2007-2009</p> <p><input type="radio"/> 2004-2006</p> <p><input type="radio"/> 2001-2003</p> <p><input type="radio"/> Antes de 2001</p>	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES										
<p>7. ¿DURANTE EL AÑO 2010 ESTE HOGAR RECIBE REMESAS PROVENIENTES DEL EXTERIOR?</p> <p> <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO </p> <p> <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral </p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <table border="1" data-bbox="1003 336 1099 523"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p> 1. ¿Leyó textualmente la pregunta? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Leyó las opciones de respuestas? 4. ¿Indujo la respuesta? </p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas::</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>								
SI	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

		ENCUESTADOR	DEL INFORMANTE									
<p>Alquilada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Prestada } Cedida } Otra forma } Pase a pregunta 3</p> <p>Cuál? _____</p> <p>NO APLICA A VIVIENDA TRADICIONAL INDÍGENA</p>		<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>2. ¿CUÁNTOS CUARTOS UTILIZAN LAS PERSONAS DE ESTE HOGAR PARA DORMIR?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>		<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>3. ¿CUÁNTOS CUARTOS DE BAÑO CON REGADERA O DUCHA DE USO EXCLUSIVO TIENE ESTE HOGAR?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>		<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>4. ¿ESTE HOGAR DISPONE DE UN ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA COCINAR?</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p>		<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente la pregunta? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

SECCION V DATOS DEL HOGAR	COMPORTAMIENTO DEL	COMPORTAMIENTO	OBSERVACIONES
VARIABLES	ENCUESTADOR	DEL INFORMANTE	

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

- Hervida
- Filtrada
- Filtrada y hervida
- Tomada directamente del grifo
- Sin tratamiento
- Comprada en Botellones

6. TIENE ESTE HOGAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES VEHICULOS EN USO PARTICULAR:

- Bicicleta
- Moto
- Carro → ¿Cuántos carros? _____

Bongo, lancha, curiara →

con motor	<input type="radio"/>
sin motor	<input type="radio"/>

Voladora

7. ESTE HOGAR DISPONE DE:

- Nevera eléctrica
- Nevera a gas
- Filtro de agua
- Radio
- Televisor
- Lavadora
- Secadora eléctrica
- Secadora a gas
- Calentador de agua eléctrico
- Calentador de agua a gas
- Aire Acondicionado eléctrico
- Aire Acondicionado a gas
- Horno Microondas
- Teléfono fijo
- Teléfono móvil Celular
- Teléfono satelital (Enchufe)
- TV por cable
- TV por satélite
- Computadora
- Acceso a INTERNET
- Ventilador
- Reproductor DVD
- Cocina a gas

SECCION VI CARACTERISTICAS

Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Leyó textualmente las preguntas?
2. ¿Leyó las opciones de respuestas?
- 3.- ¿Indujo la respuesta?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Leyó textualmente las preguntas?
2. ¿Leyó las opciones de respuestas?
3. ¿Indujo la respuesta?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Leyó textualmente las preguntas?
2. ¿Leyó las opciones de respuestas?
3. ¿Indujo la respuesta?

Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:

1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?
SÍ NO
- 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?
SÍ NO
- 3.- ¿Pidió aclaratoria?
SÍ NO

1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?
SÍ NO
- 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?
SÍ NO
- 3.- ¿Pidió aclaratoria?
SÍ NO

1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?
SÍ NO
- 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?
SÍ NO
- 3.- ¿Pidió aclaratoria?
SÍ NO

Cocina kerosene u otro tipo

1. RELACIÓN O PARENTESCO CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR
(TRANSCRIBA DE LA PREGUNTA 3, SECCIÓN IV)

- Jefe o Jefa del Hogar
- Esposa(o) o compañera(o)
- Hijo(a)
- Hijastro(a)
- Nieto (a)
- Yerno o nuera
- Padre, madre
- Padrastro, madrastra
- Suegro(a)
- Hermano(a)
- Cuñado(a)
- Sobrino(a)
- Otro pariente
- No pariente
- Servicio doméstico
- Pariente del servicio doméstico
- Persona en vivienda colectiva

- 1. ¿Leyó textualmente las preguntas?
- 2. ¿Leyó las opciones de respuestas?
- 3. ¿Indujo la respuesta?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?
SÍ NO
- 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?
SÍ NO
- 3.- ¿Pidió aclaratoria?
SÍ NO

2. SEXO

- Hombre
- Mujer

Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:

- 1. ¿Leyó textualmente las preguntas?
- 2. ¿Leyó las opciones de respuestas?
- 3.- ¿Indujo la respuesta?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:

- 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?
SÍ NO
- 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?
SÍ NO
- 3.- ¿Pidió aclaratoria?
SÍ NO

PERSONAS		COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
3. ¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD CUMPLIDA EN AÑOS?	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
4. ¿NACIÓ EN VENEZUELA? SI _____ NO _____ → Pase a pregunta 5 Pase a la Pregunta 7	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
5. NACIÓ EN OTRO PAÍS:	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
6. SU NACIONALIDAD LEGAL ACTUAL ES:	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
7. ¿PERTENECE USTED A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA? SI _____ ¿Cuál? _____			1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?									

		COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR		COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE		OBSERVACIONES
NO	→ PASE A PREGUNTA 10	1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	SI NO	3.- ¿Pidió aclaratoria?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		2. ¿Esperó que la persona respondiera?			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		3.- ¿Indujo la respuesta?				
		4. Anoto correctamente el pueblo indígena declarado				
8. ¿QUÉ IDIOMA HABLA USTED? El idioma de su pueblo indígena		1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	SI NO	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Castellano		2. ¿Leyó las opciones de respuestas?		2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otro ¿Cuál? _____		3.- ¿Indujo la respuesta?		3.- ¿Pidió aclaratoria?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SOLO A LAS PERSONAS QUE SE DECLAREN PERTENECIENTE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA EN LA PREGUNTA N° 7		1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	SI NO	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
9. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR EL IDIOMA DEL PUEBLO INDÍGENA AL CUAL PERTENECE?		2. ¿Esperó que la persona respondiera?		2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI } Pase a pregunta 11		3.- ¿Indujo la respuesta?		3.- ¿Pidió aclaratoria?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NO }						
SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS		COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR		COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE		OBSERVACIONES
VARIABLES						
10. USTED ES O SE RECONOCE COMO:		Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:		Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:		
		1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	SI NO	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		2. ¿Leyó las opciones de respuestas?		2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		3.- ¿Indujo la respuesta?		3.- ¿Pidió aclaratoria?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
<p>11. ¿TIENE ALGUNA DEFICIENCIA PERMANENTE PARA?:</p> <p>ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="1003 308 1099 453"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>12. ¿ESTA USTED AFILIADO ALGUNO(S) DE LAS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS?:</p> <p>ADMITE MAS DE UNA RESPUESTA</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="992 517 1099 679"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>13. ¿A DONDÉ ACUDE USTED CUANDO NECESITA ATENCION MÉDICA?</p> <p>ADMITE MAS DE UNA RESPUESTA</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="992 748 1099 911"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS</p> <p>VARIABLES</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE</p>	<p>OBSERVACIONES</p>								
<p>14. ¿USTED HA UTILIZADO ALGUNOS DE LOS</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="992 1219 1099 1382"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

		COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
15. ¿EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES USTED HA UTILIZADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PROGRAMAS SOCIALES? ADMITE MAS DE UNA RESPUESTA	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
16. EN OCTUBRE DE 2006 RESIDÍA: Aún no había nacido En este mismo municipio } Pase a Pregunta 19 En otro municipio del país En otro país → Pase a Pregunta 18	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
17.-¿EN CUÁL MUNICIPIO Y ESTADO RESIDÍA EN OCTUBRE DE 2006? MUNICIPIO } ESTADO } pase a pregunta 17	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2.¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES									
VARIABLES												
18.- EN CUÁL PAÍS RESIDÍA EN OCTUBRE DE 2006? País: _____	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2.¿Esperó que la persona respondiera? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
		3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
19.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI _____ NO _____ → Pase a pregunta 21	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3.- ¿Indujo la respuesta?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
20. CÓMO APRENDIÓ A LEER Y ESCRIBIR:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3.- ¿Indujo la respuesta?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
21. ¿ASISTE ACTUALMENTE, EN CALIDAD DE ESTUDIANTE, A ALGÚN ESTABLECIMIENTO DE EDUCACIÓN INICIAL, PRIMARIA, MEDIA, ESPECIAL, ADULTO(A) O UNIVERSITARIA? SI _____ NO _____ → PASE A PREGUNTA 23	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3.- ¿Indujo la respuesta?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
22.- EL ESTABLECIMIENTO DE EDUCACIÓN AL QUE ASISTE ES:	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES									
23.- ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO, AÑO O SEMESTRE APROBADO Y DE CUÁL NIVEL EDUCATIVO O MODALIDAD? Grado, año o semestres: _____ Modalidades Año o Semestre: _____ Ninguno Educación inicial (maternal o preescolar) Educación primaria (1-6) Educación Media (1-5), (6) Educación Especial Universitaria Educación de Jóvenes y adultos Educación Especial Intercultural Bilingüe	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
24. ¿HA ASISTIDO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MISIONES EDUCATIVAS? ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA ROBINSON I _____ ROBINSON II _____ RIBAS _____ SUCRE _____ NINGUNA DE LAS ANTERIORES → A Pase Pregunta 28	1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3. ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS VARIABLES	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES									
25. DE LAS ÚLTIMA MISIÓN A LA QUE HA ASISTIDO : Concluyó los estudios _____ Se retiró de los estudios _____ Siguió asistiendo _____	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?	<table border="1"> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas: 1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Pidió aclaratoria?						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
<p>26. ¿HA OBTENIDO ALGÚN TÍTULO DE EDUCACION UNIVERSITARIA? : SI ¿Cuál? _____</p> <p>NO → PASE A PREGUNTA 26</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. Esperó que la persona respondiera 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>							
SI	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>27. ¿HA REALIZADO ESTUDIOS DE POTGRADO? SI ¿Cuál? _____</p> <p>NO → Pase a pregunta 27</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. Esperó que la persona respondiera 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>							
SI	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>28. ¿NECESITA TRASLADARSE DIARIAMENTE A OTRO ESTADO O MUNICIPIO DEL PAÍS POR RAZONES DE ESTUDIO? SI ¿Cuál estado? _____ NO → Pase a Pregunta 30</p> <p>¿Cuál municipio? _____</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. Esperó que la persona respondiera 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>							
SI	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES
VARIABLES			
<p>29. ¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA TRANSLADARSE SU SITIO DE ESTUDIO?</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p>	



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

<p>SÓLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MÁS 30. SU SITUACIÓN CONYUGAL ACTUAL ES:</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>31. LA SEMANA PASADA USTED SE ENCONTRABA: Trabajando de manera remunerada Trabajando como ayudante o auxiliar Sin trabajar pero tiene trabajo Buscando trabajo habiendo trabajado antes Buscando trabajo por primera vez En quehaceres del hogar Estudiando sin trabajar Como pensionado o jubilado sin trabajar Incapacitado permanentemente para trabajar Otra situación</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>32. ¿DURANTE LA SEMANA PASADA REALIZÓ EN SU CASA O FUERA DE ELLA, AL MENOS POR UNA (1) HORA, ALGUNA ACTIVIDAD POR LA CUAL RECIBIÓ O VA A RECIBIR PAGO EN DINERO O EN ESPECIE? (Ej.: cosió, cocinó, vendió ropa, lavó carros, limpió zapatos, etc.)</p> <p>SI ____ NO ____ → Pase a pregunta 47</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

<p>SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES SÓLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MÁS</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>VARIABLES</p>			



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

<p>¿Cuál País? _____</p> <p>NO _____ → Pase a pregunta 35</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.- ¿Indujo la respuesta?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.- ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
	SI	NO													
1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
3.- ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>34. ¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA TRASLADARSE A SU SITIO DE TRABAJO?</p> <p>Público _____ Privado _____</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Indujo la respuesta?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
	SI	NO													
1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
3. ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>35. ¿CUÁL ES EL OFICIO O CLASE DE TRABAJO PRINCIPAL QUE DESEMPEÑA (O DESEMPEÑABA) EN EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE TRABAJA (O TRABAJABA)? (Ej.: Taxista, abogada, agricultor, visitador médico, maestra, secretaria, etc.)</p> <p>Busque el código en la tabla de ocupaciones (en el manual) y anota el número correspondiente</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.- ¿Indujo la respuesta?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.- ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
	SI	NO													
1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
3.- ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>36. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE REALIZA(O REALIZABA) SU TRABAJO PRINCIPAL? (Ej.: transporte de pasajeros, fábrica de muebles, cultivo de café, educación superior, etc.)</p> <p>Busque el código en la tabla de actividades (en el manual) y anota el número correspondiente</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.- ¿Indujo la respuesta?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.- ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
	SI	NO													
1. ¿Leyó textualmente las preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
2. ¿Esperó que la persona respondiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
3.- ¿Indujo la respuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

<p>SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES</p> <p>SÓLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MÁS</p> <p>VARIABLES</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR</p>	<p>COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
---	--	---	-----------------------------

SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS VARIABLES	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES								
	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <table border="1" data-bbox="1003 220 1099 389"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>38.- ¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE TRABAJA (O TRABAJABA)?</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Esperó que la persona respondiera? 3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="1003 459 1099 606"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>39. ESTE NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE TRABAJA (O TRABAJAR) ES:</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas? 2. ¿Leyó las opciones de respuestas? 3.- ¿Indujo la respuesta?</p> <table border="1" data-bbox="990 676 1099 845"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<p>40.- EN ESTE TRABAJO USTED ES (O ERA):</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p>									

	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas??</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>41. DESEMPEÑA (O DESEMPEÑÓ) SU TRABAJO:</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas??</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>42. ¿RECIBE O HA RECIBIDO FORMACIÓN OCUPACIONAL PARA EL EJERCICIO DEL OFICIO QUE DESEMPEÑA (O DESEMPEÑÓ)?</p> <p>SI _____ NO _____</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>43. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA (O ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ) EN TODOS SUS TRABAJOS?</p> <p>TOTAL DE HORAS: _____</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
SI	NO											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES						
VARIABLES									
<p>44. ¿CUÁNTO GANÓ EN TOTAL EN TODOS SUS TRABAJOS EL MES PASADO (O ÚLTIMO MES QUE TRABAJÓ)? (INCLUYA CESTA TICKET, BONO, Y OTROS BENEFICIOS Y EXCLUYA LAS DEDUCCIONES</p> <p>Bs _____ No recibió ingresos →</p>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Marque con una X en la casilla correspondiente, su criterio acerca de los siguientes aspectos observados en estas preguntas:</p> <p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p>	
SI	NO								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>							<p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>			
<p>45. ¿DURANTE EL MES PASADO RECIBIÓ CESTA TICKET?</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO											
<p>46. ¿BAJO CUÁL MODALIDAD RECIBE (O RECIBÍA) EL INGRESO EN SU TRABAJO PRINCIPAL?</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO											
<p>47. RECIBIÓ INGRESOS EL MES PASADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS Y CUÁNTO:</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Leyó las opciones de respuestas?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO											

SECCION VI CARACTERISTICAS INDIVIDUALES PARA TODAS LAS PERSONAS	COMPORTAMIENTO DEL ENCUESTADOR	COMPORTAMIENTO DEL INFORMANTE	OBSERVACIONES		
VARIABLES					
PARA TODAS LAS MUJERES DE 12 AÑOS O MÁS	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO	<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p>	
SI	NO				

	<p>1.- ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2.- ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							<p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>			
<p>49. ¿CUANTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS(AS) VIVOS(AS) HA TENIDO EN TOTAL?</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO											
<p>50. DEL TOTAL DE HIJOS E HIJAS NACIDOS(AS) VIVOS(AS) ¿CUÁNTOS ESTÁN VIVOS(AS) ACTUALMENTE?</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO											
<p>51. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO(A) VIVO(A)?</p>	<p>1. ¿Leyó textualmente las preguntas?</p> <p>2. ¿Esperó que la persona respondiera?</p> <p>3.- ¿Indujo la respuesta?</p>	<table border="1"> <tr><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	SI	NO							<p>1. ¿Se mostró receptivo al momento de la realización de la pregunta?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ¿Comprendió la pregunta realizada por el encuestador/a?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ¿Pidió aclaratoria?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
SI	NO											



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[**Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features**](#)