



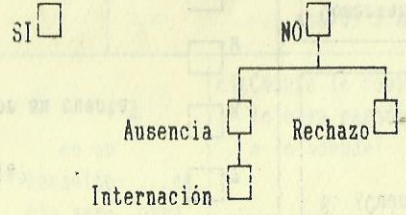
IDENTIFICACION

Código de área	Nº orden de listado	V	H	O	A															
		i	o	n	ñ															
		v	g	d	o															
		Nº	Nº	a																

Nº de Componente

Respondente

Entrevista Realizada



MODULO DE  
UTILIZACION Y GASTO  
EN SERVICIOS DE SALUD

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

A F I L I A C I O N

1. ¿Está Ud. afiliado a algún sistema de atención de la salud como obra social, mutual, pre-pago, etc.? SI  1 NO  2 NO SABE

pasa a preg. 3

2 a) ¿A cuáles?	b) ¿Es...						c) ¿Está afiliado en caracter de...				d) ¿Cuánto le cuesta, lo haya pagado o lo adeude?		e) ¿Ese monto, a cuántas personas cubre...	
	obra social?	...una mutual?	...un pre-pago?	...un sis-tema de e-mergencia?	...un co-seguro?	Otros	...titular	...a cargo de un familiar?			Australes	Nada	...en el hogar?	...fuera del hogar?
	1	2	3	4	5	6	Obligat. 1	Vólunt. 2	Obligat. 1	Volunt. 2	1	2	1	2
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pasa a preg. 3

Observaciones:

PERCEPCION Y DEMANDA

3. Durante el mes de ..... ¿ha tenido algún malestar, enfermedad, accidente, o algún otro problema de salud? SI  1

NO  2  
pasa a preg. 7

4 a) ¿Cuáles fueron?	b) ¿Fue...				c) ¿Consultó?		d) ¿Con quién consultó?												
	...un males- tar?	...una enfer- medad?	...un acci- dente?	...otro proble- ma?	NO	SI	con la enfer- mera *	con la parte- ra *	con la coma- drona*	con el psicó- logo	con el farma- céutico	con el den- tista	con el curan- dero *	con el mé- dico	con el agente sanitario	con el ve- cino	con un fa- miliar	con otra persona	
	1	2	3	4	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. ¿No consultó porque...

... le quedaba lejos?	<input type="checkbox"/> 1	...no le dió importancia?	<input type="checkbox"/> 7
...pierde horas de trabajo?	<input type="checkbox"/> 2	...tomó medicamentos por su cuenta?	<input type="checkbox"/> 8
...no tenía dinero?	<input type="checkbox"/> 3	...le sucedió antes?	<input type="checkbox"/> 9
...el trámite es muy complicado?	<input type="checkbox"/> 4	...otras razones? (especificar)	<input type="checkbox"/> 10
...demoran mucho en darle turno?	<input type="checkbox"/> 5	_____	
...concurrió y no lo atendieron?	<input type="checkbox"/> 6	_____	

pasa a preg. 7

(Para los marcados con asteriscos \*)

6. ¿Cuánto le costaron esas consultas?

Australes  Nada

pasa a preg. 7

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSULTAS CON EL MEDICO

7. Durante el mes de ..... ¿hizo consultas con el médico?

SI  1 ¿Cuántas consultas realizó en total?

NO  2

8. ¿Cuánto tiempo hace que consultó por última vez con el médico...

...más de 1 mes hasta 1 año?  1

nunca consultó  4

...más de 1 año hasta 3 años?  2

no recuerda  5

...más de 3 años?  3

pasa a preg.11

9 a) ¿Cuál fue el motivo?

b) ¿Dónde realizó la consulta...

c) ¿Cuánto le costó lo haya pagado o lo adeude?

d) ¿Quién se hizo cargo total o parcialmente de la consulta...

e) ¿Le reintegraron o le reintegrarán?

...en su casa u otra casa?  1  
 ...en el trabajo o la escuela?  2  
 ...en hospital público. uni- dad sanitaria o "salita"?  3  
 ...en un estableci- miento de obra social?  4  
 ...en un estableci- miento privado?  5  
 ...en un consulto- rio par- ticular?  6  
 ...en otro lugar?  7

Australes  1  
 Nada  2

...una obra social?  1  
 ...una mu- tual?  2  
 ...un pre- pago?  3  
 ...el sector oficial?  4  
 ...sólo usted mismo?  5  
 ...un cose- guro?  6  
 Otros  7

Si, ¿Cuánto?   
 NO  2

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_  
 4 \_\_\_\_\_  
 5 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pasa a preg. 10

10. De esas consultas, ¿cuáles realizó sin sentirse enfermo?

1  2  3  4  5  6  NINGUNA

11. ¿Tiene alguna enfermedad desde hace mucho tiempo por la cuál no consultó en el mes de .....?

SI  1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

NO  2

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

pasa a preg. 12

**CONSULTAS CON EL DENTISTA**

12. En el mes de ..... ¿hizo consultas con el dentista?

SI  1

¿cuántas hizo?

NO  2

pasa a preg. 14

13 a) ¿Dónde realizó las consultas...

...en el trabajo o la escuela?  2  
 ...en hospital público, unidad sanitaria o "salita"?  3  
 ...en un establecimiento de obra social?  4  
 ...en un establecimiento privado?  5  
 ...en un consultorio particular?  6  
 ...en otro lugar?  7

b) ¿Cuánto pagó en el mes de .....

Australes  1 Nada  2

c) ¿Quién se hizo cargo total o parcialmente de las consultas...

...una obra social?  1  
 ...una mutual?  2  
 ...un pre-pago?  3  
 ...el sector oficial?  4  
 ...sólo usted mismo?  5  
 ...un co-seguro?  6  
 Otros  7

d) ¿Le reintegraron o le reintegrarán?

Si, ¿Cuánto?  1 NO  2

pasa a preg. 14

**CONSULTAS CON OTROS PROFESIONALES**

14. En el mes de ..... ¿hizo consultas con otros profesionales como psicólogo, fonoaudiólogo, kinesiólogo, etc.?

SI  1

NO  2

pasa a preg. 16

15 a) ¿Con quién?

b) ¿Cuántas consultas hizo?

c) ¿Dónde realizó las consultas...

...en su casa?  1  
 ...en otra casa?  2  
 ...en el trabajo o la escuela?  3  
 ...en hospital público, unidad sanitaria o "salita"?  4  
 ...en un establecimiento de obra social?  5  
 ...en un establecimiento privado?  6  
 ...en un consultorio particular?  7  
 ...en otro lugar?  7

d) ¿Cuánto le costó lo haya pagado o lo adeude?

Australes  1 Nada  2

e) ¿Quién se hizo cargo total o parcialmente de las consultas...

...una obra social?  1  
 ...una mutual?  2  
 ...un pre-pago?  3  
 ...el sector oficial?  4  
 ...sólo usted mismo?  5  
 ...un cose-guro?  6  
 Otros  7

f) ¿Le reintegraron o le reintegrarán?

Si, ¿Cuánto?  1 NO  2

Psicólogo o Psicoanalista  1  
 Fonoaudiólogo  2  
 Kinesiólogo  3  
 Otros Profesionales  4

pasa a preg. 16

Observaciones:

**MEDICAMENTOS**

16. ¿En el mes de ..... utilizó medicamentos incluyendo aspirinas, digestivos, para el hígado, etc.?

SI  1

NO  2  
pasa a preg. 19

17. ¿Qué tipo de medicamentos utilizó y quién se los aconsejó?

	Nadie	la en-	la par-	la co-	el psi-	el farma-	el den-	el cu-	el mé-	el agente	el ve-	un fa-	otra
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Vitaminas o tónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para la diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para la fiebre o dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para la tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para la presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pasa a preg. 19

18. ¿Tomó Ud. .... porque ...  
 ... se había informado a través de la radio, TV, diarios, etc.?  2  
 ... lo había tomado antes?  1  
 ... se informó a través del prospecto?  3  
 ... otras razones (especificar) \_\_\_\_\_  4

pasa a preg. 19

19. ¿Compró medicamentos en el mes de .....

SI  1

NO  2  
pasa a preg. 23

20. ¿Cuánto le costó lo haya pagado o lo adeude?

1 2  
 Australes  Nada

21. ¿Quién se hizo cargo total o parcialmente de la compra...

- ... la obra social?  1
- ... la mutual?  2
- ... el pre-pago?  3
- ... el sector oficial?  4
- ... sólo Ud. mismo?  5
- ... el co-seguro?  6
- ... la obra social de otro?  7
- ... otros  8

22. ¿Le reintegraron o le reintegrarán?

1 2  
 Si, ¿cuánto?  NO

23. En el mes de ..... ¿le recetaron medicamentos que no haya comprado?

SI  1

NO  2  
pasa a preg. 25

24. ¿Por qué...

- ... no tenía dinero?  1
- ... lo tenía de antes?  2
- ... se lo dieron gratis?  3
- ... otras razones (especificar) \_\_\_\_\_  4

pasa a preg. 25

**ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS**

25. Durante el mes de ..... ¿se hizo algún análisis, se sacó alguna radiografía, realizó algún estudio o tratamiento sin estar internado?

SI  1

NO  2  
pasa a preg. 27

26 a) ¿Qué se hizo?	b) ¿Dónde los realizó...							c) ¿Cuánto le costó, lo haya pagado o lo adeude?		d) ¿Quién se hizo cargo total o parcialmente...							e) ¿Le reintegraron o le reintegrarán?	
	...en su casa? u otra casa?	...en el trabajo o la escuela?	...en el público "salita"?	...en un establecimiento de obra social?	...en un establecimiento privado?	...en un consultorio particular?	...en otro lugar?	Australes	Nada	...una obra social?	...una mu- tual?	...un pre- pago?	...el sector oficial?	...sólo usted mismo?	...un co- seguro?	Otros	Si, ¿cuánto?	NO
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2
Análisis <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografías <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electrocardiogramas <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografías <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografías <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsias <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros estudios <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamientos <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pasa a preg. 27

**OTROS GASTOS EN SALUD**

27. Durante el mes de ..... ¿tuvo Ud. algún otro gasto para su salud como compra de chequeras, anteojos, gasas, vendas, aplicación de inyecciones, nebulizaciones, alquiler de ambulancia, silla de ruedas, etc.?

SI  1

¿en qué gastó? \_\_\_\_\_

¿cuánto le costó, lo haya pagado o lo adeude?

Australes

NO  2

28. Durante el mes de ..... ¿se hizo Ud. cargo de gastos en salud (consultas, medicamentos, estudios, tratamientos, internaciones u otros gastos) para alguna persona que no pertenece a este hogar?

SI  1

¿en qué gastó? \_\_\_\_\_

¿cuánto le costó, lo haya pagado o lo adeude?

Australes

NO  2

pasa a preg. 29

**INTERNACION**

29. En los últimos doce meses, ¿estuvo internado?

SI  1

¿cuántas veces?

NO  2

FINALIZA LA ENTREVISTA

	30 a) ¿Cuál fue el motivo de la internación?			b) ¿Fue operado?	c) ¿Cuándo se internó?	d) ¿Cuántos días estuvo internado?	e) ¿Cuál fue la fecha de alta?	
	Parto	Accidente	Otro motivo (especificar)					
	1	2	3	SI 1	NO 2	día mes año	días	día mes año
1ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	f) ¿Estuvo internado en...				g) ¿Cuánto le costó, lo haya pagado o lo adeude?		h) ¿Quién se hizo cargo total o parcialmente de la internación...							i) ¿Le reintegraron o le reintegrarán?	
	...un establecimiento de obra social?	...un establecimiento privado?	...un hospital público?	...otro lugar?	Australes	Nada	...una obra social?	...una mutual?	...un pre-pago?	...el sector oficial?	...sólo usted mismo?	...un co-seguro?	Otros	Si, ¿cuánto?	NO
	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2
1ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5ª Internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

VUELCO DE DATOS DE ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES

CUESTIONARIO FAMILIAR

Tipo de Vivienda (p.1)

Habitaciones de uso exclusivo (p.3)

Servicios de la vivienda (p.4)

agua

electricidad

baño

Relación de parentesco (p.8)

Edad (p.12)

Sexo (p.13)

SOLO PARA EL JEFE DEL HOGAR

PARA CADA COMPONENTE

OBSERVACIONES

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

Condición de actividad (p.1 a p.11)

Ingreso total individual (p.47)

Nivel de educación alcanzado (p.56)

PARA TODOS

Categoría de inactividad (p.11)

SOLO PARA LOS INACTIVOS

Categoría ocupacional (p.17)

Rama de actividad (p.18)

Tarea (p.20)

años meses

SOLO PARA LOS OCUPADOS

Antigüedad en la ocupación (p.22)

Tipo de desocupación (p.37)

Categoría ocupacional anterior (p.38)

Rama de actividad anterior (p.39)

Tarea anterior (p.41)

SOLO PARA LOS DESOCUPADOS

Encuestador: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Recepcionista: \_\_\_\_\_

Analista: \_\_\_\_\_

Codificador: \_\_\_\_\_

Visitas realizadas para completar el cuestionario de Utilización y Gasto en Servicios de Salud :

1 .... / .... / .... Hora:.....

2 .... / .... / .... Hora:.....

3 .... / .... / .... Hora:.....