

Solo para hogares con al menos una PERSONA CON DIFICULTAD

Módulo D. CARACTERÍSTICAS HABITACIONALES DEL HOGAR

1 Tipo de vivienda particular
Instrucción: anote por observación

Casa 1
 Rancho 2
 Casilla 3
 Departamento 4
 Pieza en inquilinato 5
 Pieza en hotel familiar o pensión 6
 Local no construido para habitación 7
 Vivienda móvil 8

2 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

Cerámica / Baldosa / Mármol / Madera o alfombra 1
 Cemento o ladrillo fijo 2
 Tierra o ladrillo suelto 3
 Otro 4

3 ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?
 Si la vivienda forma parte de un edificio de departamentos, se considera el techo del último piso del edificio.

Cubierta asfáltica o membrana / Baldosa o losa (sin cubierta) / Pizarra o teja 1
 Chapa de metal (sin cubierta) 2
 Chapa de fibrocemento o plástico 3
 Chapa de cartón / Caña, tabla o paja con barro, paja sola 4
 Otro 5

4 En el techo, ¿tiene revestimiento interior o cielorraso?

Sí 1
 No 2

5 ¿Tiene agua...?

por cañería dentro de la vivienda? 1
 fuera de la vivienda pero dentro del terreno? 2
 fuera del terreno? 3

6 El agua que usa este hogar para beber y cocinar, ¿proviene de...?

red pública (agua corriente)? 1
 perforación con bomba a motor? 2
 perforación con bomba manual? 3
 pozo? 4
 transporte por cisterna? 5
 agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia? 6

7 Este hogar, ¿tiene baño / letrina?

Sí 1
 No 2 → 12

8 El baño / letrina ¿está...

dentro de la vivienda? 1
 fuera de la vivienda pero dentro del terreno? 2
 fuera del terreno? 3

9 En el baño, ¿tiene inodoro?

Sí 1
 No 2 → 12

10 El inodoro, ¿tiene botón / cadena / mochila?

Sí 1
 No 2

11 El desagüe del inodoro, ¿es...

a red pública (cloaca)? 1
 a cámara séptica y pozo ciego? 2
 solo a pozo ciego? 3
 a hoyo, excavación en la tierra, etc.? 4

12 ¿Cuántas habitaciones o piezas para dormir tiene este hogar?

Cantidad de habitaciones o piezas que tiene para dormir:

13 Y en total, ¿cuántas habitaciones o piezas tiene este hogar? (sin contar baño/s y cocina/s)

Cantidad total de habitaciones o piezas:

14 A causa de la dificultad de alguna de las personas del hogar, ¿considera que es o fue necesario realizar reformas o arreglos en la vivienda?

Sí 1 **Fin del Módulo D**
 No 2

15 ¿Realizó las reformas o arreglos en la vivienda?

Sí 1 **Fin del Módulo D**
 No 2

16 Las reformas o arreglos, ¿se realizaron en ...

	Sí	No
la instalación eléctrica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
la instalación de la cocina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
la instalación sanitaria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
la circulación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Otros arreglos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Instrucción:
 1. Si en el hogar hay más PERSONAS CON DIFICULTAD continúe preguntando el Módulo C a cada una de esas personas.
 2. Si en el hogar no hay más PERSONAS CON DIFICULTAD, FIN DE LA ENTREVISTA PARA ESTE HOGAR.

Teléfono del hogar: _____

Observaciones: _____



Ministerio de Hacienda
 Presidencia de la Nación

Agencia Nacional
 de Discapacidad

Instituto Nacional
 de Estadística
 y Censos **indec**

ESTUDIO NACIONAL SOBRE EL PERFIL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CARÁCTER EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Provincia: Localidad: Entidad:

UPS: N° de Área: N° de vivienda en el listado: Manzana: Lado: Vivienda N°:

CÓDIGO DE CALLE	NOMBRE DE CALLE	PUERTA N°	PISO N°	DEPTO / PIEZA	EDIFICIO / MONO-BLOCK O TIRA	ENTRADA / ESCALERA	SECTOR	CASA / LOTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Descripción: _____

Módulo A. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

1 Estado de la vivienda

Vivienda encuestable

Con personas presentes 1
 Con todas las personas ausentes momentáneamente (no se pudo contactar) 2
 Con todas las personas ausentes temporalmente (viaje, vacaciones, etc.) 3
 Rechazo 4
 Otras causas 5

Vivienda no encuestable

Deshabitada (en venta, alquiler, problemas judiciales, etc.) 6
 Demolida, en demolición 7
 Fin de semana o temporada 8
 En construcción o refacción 9
 Usada como establecimiento (oficina, depósito, consultorio, gimnasio, fábrica, jardín de infantes, vivienda colectiva, etc.) 10
 Local o comercio sin vivienda 11
 Área insegura 12
 Vivienda no identificada / Dirección no existente 13

Fin de la entrevista

2 ¿Cuántas personas viven habitualmente en esta vivienda?

Una sola 1 → 5
 Dos o más 2

3 ¿Esas personas comparten los gastos para la compra de la comida?

Sí 1 → 5
 No 2

4 ¿Cuántos grupos de personas mantienen gastos separados para la compra de la comida? Cada grupo de personas forma un hogar

Cantidad de Hogares:

5 Anote el número de hogar

Hogar N°:

- Para el primer hogar anote 01 en la pregunta 5.
 - Para el segundo hogar y sucesivos con personas presentes abra un nuevo cuestionario, transcriba los mismos datos de la UBICACIÓN GEOGRÁFICA y complete la pregunta 5 con el número 02, 03 (según corresponda).
 - Para el segundo hogar y sucesivos con todas las personas temporalmente ausentes abra un nuevo cuestionario, transcriba los mismos datos de la UBICACIÓN GEOGRÁFICA, complete la pregunta con el número 00 y fin de la entrevista para ese hogar.

LISTA DE PERSONAS DEL HOGAR

6 ¿Cuáles son los nombres de las personas que viven en este hogar, incluyendo a los bebés y niñas o niños pequeños?

Anote los nombres a partir de la (del) jefa(e) del hogar y ordene a las personas según la relación o parentesco con esa persona en este orden: jefa(e) / cónyuge o pareja / hijas, hijos, hijastras o hijastros / nueros o yernos / nietas o nietos / madre, padre, suegra o suegro / otros familiares / otros no familiares / servicio doméstico y sus familiares.

Persona N°	Nombre	Relación o parentesco con la (el) jefa(e) del hogar	¿Es varón o mujer?	Edad	¿Nació en Argentina?	¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado?
0 1		1 JEFA(E)				

Si en este hogar viven más de 6 personas abra otro cuestionario, transcriba los mismos datos de la UBICACIÓN GEOGRÁFICA, deje en blanco las preguntas de 1 a 4 y anote el N° de hogar en la pregunta 5, continúe la entrevista en la LISTA DE PERSONAS DEL HOGAR, tache la primera fila correspondiente a jefa(e) y siga en la segunda fila.

Instrucción: Transcriba los números de persona, las edades y los nombres de las personas respetando el orden de la **LISTA DE PERSONAS**.
Para cada persona realice todas las preguntas del **módulo** y continúe en la siguiente persona.

PERSONA CON DIFICULTAD: Persona N°: **01** Edad:
Nombre: _____
Persona N° del respondente:

Presencial: Sí 1 No 2
Teléfono: _____

Módulo B. DETECCIÓN DE POBLACIÓN CON DIFICULTAD

Para todas las personas de 13 años o más

Ahora voy a preguntarle por las dificultades que puede tener **USTED / (NOMBRE)** al realizar una serie de actividades. Para cada una de ellas tendrá cuatro respuestas posibles: 1) **NO, NINGUNA DIFICULTAD**; 2) **SÍ, ALGUNA DIFICULTAD**; 3) **SÍ, MUCHA DIFICULTAD**; o 4) **NO PUEDE HACERLO**.

1 ¿(Nombre) usa anteojos o lentes de contacto?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3
2 Cuando (nombre) usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
3 ¿(Nombre) tiene dificultad para ver?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
4 ¿(Nombre) usa audífono (incluye implante coclear y otros dispositivos auditivos)?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6
5 Cuando (nombre) usa audífono o implante coclear, ¿tiene dificultad para oír?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
6 ¿(Nombre) tiene dificultad para oír?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
7 ¿(Nombre) tiene dificultad para agarrar y levantar objetos pequeños con sus manos o brazos?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
8 ¿(Nombre) tiene dificultad para caminar o subir escaleras? <i>Ejemplo: se agita o fatiga si camina más de 50 metros o sube 10 escalones sin detenerse a descansar.</i>	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
9 ¿(Nombre) tiene dificultad con su cuidado personal, por ejemplo para bañarse o vestirse solo(a)?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9

PERSONA CON DIFICULTAD: Persona N°: Edad:
Nombre: _____
Persona N° del respondente:

Presencial: Sí 1 No 2
Teléfono: _____

Para todas las personas de 10 años o más

Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
En unión civil o convivencial legal Soltera(o) <input type="checkbox"/> 1 Casada(o) <input type="checkbox"/> 2 Divorciada(o) <input type="checkbox"/> 3 Separada(o) legalmente <input type="checkbox"/> 4 Viuda(o) <input type="checkbox"/> 5	En unión civil o convivencial legal Soltera(o) <input type="checkbox"/> 1 Casada(o) <input type="checkbox"/> 2 Divorciada(o) <input type="checkbox"/> 3 Separada(o) legalmente <input type="checkbox"/> 4 Viuda(o) <input type="checkbox"/> 5	En unión civil o convivencial legal Soltera(o) <input type="checkbox"/> 1 Casada(o) <input type="checkbox"/> 2 Divorciada(o) <input type="checkbox"/> 3 Separada(o) legalmente <input type="checkbox"/> 4 Viuda(o) <input type="checkbox"/> 5	En unión civil o convivencial legal Soltera(o) <input type="checkbox"/> 1 Casada(o) <input type="checkbox"/> 2 Divorciada(o) <input type="checkbox"/> 3 Separada(o) legalmente <input type="checkbox"/> 4 Viuda(o) <input type="checkbox"/> 5
Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona
Buscó mucho tiempo y no consiguió / Se cansó de buscar trabajo <input type="checkbox"/> 1 Cree que no va a conseguir trabajo a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 2 Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 3 Es estudiante <input type="checkbox"/> 4 Se dedica al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> 5 Tiene una pensión por discapacidad / invalidez y no quiere perder los beneficios <input type="checkbox"/> 6 Es jubilada(o) y/o pensionada(o) <input type="checkbox"/> 7 No quiere / No necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8 Otro motivo <input type="checkbox"/> 9	Buscó mucho tiempo y no consiguió / Se cansó de buscar trabajo <input type="checkbox"/> 1 Cree que no va a conseguir trabajo a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 2 Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 3 Es estudiante <input type="checkbox"/> 4 Se dedica al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> 5 Tiene una pensión por discapacidad / invalidez y no quiere perder los beneficios <input type="checkbox"/> 6 Es jubilada(o) y/o pensionada(o) <input type="checkbox"/> 7 No quiere / No necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8 Otro motivo <input type="checkbox"/> 9	Buscó mucho tiempo y no consiguió / Se cansó de buscar trabajo <input type="checkbox"/> 1 Cree que no va a conseguir trabajo a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 2 Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 3 Es estudiante <input type="checkbox"/> 4 Se dedica al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> 5 Tiene una pensión por discapacidad / invalidez y no quiere perder los beneficios <input type="checkbox"/> 6 Es jubilada(o) y/o pensionada(o) <input type="checkbox"/> 7 No quiere / No necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8 Otro motivo <input type="checkbox"/> 9	Buscó mucho tiempo y no consiguió / Se cansó de buscar trabajo <input type="checkbox"/> 1 Cree que no va a conseguir trabajo a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 2 Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 3 Es estudiante <input type="checkbox"/> 4 Se dedica al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> 5 Tiene una pensión por discapacidad / invalidez y no quiere perder los beneficios <input type="checkbox"/> 6 Es jubilada(o) y/o pensionada(o) <input type="checkbox"/> 7 No quiere / No necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8 Otro motivo <input type="checkbox"/> 9
Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona
EN EL TRABAJO PRINCIPAL, EN EL QUE TRABAJA MÁS HORAS...			
público (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2	público (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2	público (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2	público (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2
para su propio negocio o actividad? <input type="checkbox"/> 1 como obrero, empleado para un patrón / negocio / institución? <input type="checkbox"/> 2 para el negocio / actividad de un familiar con sueldo? <input type="checkbox"/> 3 para el negocio / actividad de un familiar sin sueldo? <input type="checkbox"/> 4 → 30	para su propio negocio o actividad? <input type="checkbox"/> 1 como obrero, empleado para un patrón / negocio / institución? <input type="checkbox"/> 2 para el negocio / actividad de un familiar con sueldo? <input type="checkbox"/> 3 para el negocio / actividad de un familiar sin sueldo? <input type="checkbox"/> 4 → 30	para su propio negocio o actividad? <input type="checkbox"/> 1 como obrero, empleado para un patrón / negocio / institución? <input type="checkbox"/> 2 para el negocio / actividad de un familiar con sueldo? <input type="checkbox"/> 3 para el negocio / actividad de un familiar sin sueldo? <input type="checkbox"/> 4 → 30	para su propio negocio o actividad? <input type="checkbox"/> 1 como obrero, empleado para un patrón / negocio / institución? <input type="checkbox"/> 2 para el negocio / actividad de un familiar con sueldo? <input type="checkbox"/> 3 para el negocio / actividad de un familiar sin sueldo? <input type="checkbox"/> 4 → 30
Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona
Sí <input type="checkbox"/> 1 → 31 No <input type="checkbox"/> 2 → 31	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 31 No <input type="checkbox"/> 2 → 31	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 31 No <input type="checkbox"/> 2 → 31	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 31 No <input type="checkbox"/> 2 → 31
Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona
No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona	Fin de la entrevista para esta persona

Módulo C. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIFICULTAD

Para todas las personas de 10 años o más

20 ¿Convive en pareja?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
21 ¿Cuál es el estado civil legal?	Soltera(o) <input type="checkbox"/> 1 Casada(o) <input type="checkbox"/> 2 En unión civil o convivencial legal <input type="checkbox"/> 3 Divorciada(o) <input type="checkbox"/> 4 Separada(o) legalmente <input type="checkbox"/> 5 Viuda(o) <input type="checkbox"/> 6	Soltera(o) <input type="checkbox"/> 1 Casada(o) <input type="checkbox"/> 2 En unión civil o convivencial legal <input type="checkbox"/> 3 Divorciada(o) <input type="checkbox"/> 4 Separada(o) legalmente <input type="checkbox"/> 5 Viuda(o) <input type="checkbox"/> 6
22 Durante la semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora? (sin contar las tareas de su hogar)	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
23 En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó algo para vender afuera, ayudó a un familiar/amigo en su chacra o negocio?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
24 En esa semana, ¿tenía trabajo pero estuvo de licencia por vacaciones o enfermedad; suspensión con pago; conflicto laboral, etc.?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 27 No <input type="checkbox"/> 2
25 Durante las últimas 4 semanas, ¿estuvo buscando trabajo, contestó avisos, consultó amigos/ parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 2 Fin de la entrevista para esta persona	Sí <input type="checkbox"/> 1 → No <input type="checkbox"/> 2 Fin de la entrevista para esta persona
26 ¿Cuál es el motivo principal por el que no buscó trabajo? Recuerde que refiere a las últimas 4 semanas.	Buscó mucho tiempo y no consiguió / Se cansó de buscar trabajo a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 1 Cree que no va a conseguir trabajo <input type="checkbox"/> 2 Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 3 Es estudiante <input type="checkbox"/> 4 Se dedica al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> 5 Tiene una pensión por discapacidad / invalidez y no quiere perder los beneficios <input type="checkbox"/> 6 Es jubilada(o) y/o pensionada(o) <input type="checkbox"/> 7 No quiere / No necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8 Otro motivo <input type="checkbox"/> 9 Fin de la entrevista para esta persona	Buscó mucho tiempo y no consiguió / Se cansó de buscar trabajo a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 1 Cree que no va a conseguir trabajo <input type="checkbox"/> 2 Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 3 Es estudiante <input type="checkbox"/> 4 Se dedica al cuidado del hogar <input type="checkbox"/> 5 Tiene una pensión por discapacidad / invalidez y no quiere perder los beneficios <input type="checkbox"/> 6 Es jubilada(o) y/o pensionada(o) <input type="checkbox"/> 7 No quiere / No necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8 Otro motivo <input type="checkbox"/> 9 Fin de la entrevista para esta persona
EN EL TRABAJO PRINCIPAL, EN EL QUE TRABAJA MÁS HORAS...		
27 ¿Trabaja en el sector...	público (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2	público (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2
28 Ese trabajo, ¿lo hace...	para su propio negocio o actividad? <input type="checkbox"/> 1 como obrero, empleado para un patrón / negocio / institución? <input type="checkbox"/> 2 para el negocio / actividad de un familiar con sueldo? <input type="checkbox"/> 3 → 30 para el negocio / actividad de un familiar sin sueldo? <input type="checkbox"/> 4 → Fin de la entrevista para esta persona	para su propio negocio o actividad? <input type="checkbox"/> 1 como obrero, empleado para un patrón / negocio / institución? <input type="checkbox"/> 2 para el negocio / actividad de un familiar con sueldo? <input type="checkbox"/> 3 → 30 para el negocio / actividad de un familiar sin sueldo? <input type="checkbox"/> 4 → Fin de la entrevista para esta persona
29 ¿En ese negocio / empresa / actividad, se emplean personas asalariadas?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 31 No <input type="checkbox"/> 2 → 31	Sí <input type="checkbox"/> 1 → 31 No <input type="checkbox"/> 2 → 31
30 En ese trabajo, ¿le descuentan para la jubilación?	Sí <input type="checkbox"/> 1 → Fin de la entrevista para esta persona No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 → Fin de la entrevista para esta persona No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
31 En ese trabajo, ¿aporta por sí mismo para la jubilación?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Fin de la entrevista para esta persona	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Fin de la entrevista para esta persona

Presencial: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Teléfono: _____	Presencial: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Teléfono: _____	Presencial: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Teléfono: _____	Presencial: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Teléfono: _____
Para todas las personas de 13 años o más			
Ahora voy a preguntarle por las dificultades que puede tener USTED / (NOMBRE) al realizar una serie de actividades. Para cada una de ellas tendrá cuatro respuestas posibles: 1) NO, NINGUNA DIFICULTAD ; 2) SÍ, ALGUNA DIFICULTAD ; 3) SÍ, MUCHA DIFICULTAD ; o 4) NO PUEDE HACERLO .			
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
Continúe en la pregunta 10	Continúe en la pregunta 10	Continúe en la pregunta 10	Continúe en la pregunta 10

CORTE

plegado

CORTE

Módulo B. DETECCIÓN DE POBLACIÓN CON DIFICULTAD

Para todas las personas de 13 años o más

<p>10 ¿(Nombre) tiene dificultad para hablar o comunicarse, es decir para ser entendido por otros, aún usando lengua de señas?</p> <p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>11 ¿(Nombre) tiene dificultad para entender lo que se le dice? Ejemplo: entender indicaciones sencillas como: "atendé el teléfono", "abrí la puerta".</p> <p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>12 ¿(Nombre) tiene dificultad para aprender cosas? Ejemplo: aprender cosas nuevas como una receta de cocina o a utilizar alguna herramienta.</p> <p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>13 ¿(Nombre) tiene dificultad para recordar o concentrarse? Ejemplo: recordar la dirección de su casa o concentrarse en una tarea por al menos 15 minutos.</p> <p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>14 ¿(Nombre) tiene dificultad para controlar su comportamiento? Ejemplo: se aísla, no realiza sus actividades habituales (levantarse, higienizarse, salir, etc.), se autoagrede.</p> <p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>15 ¿(Nombre) tiene certificado de discapacidad?</p> <p>Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Ver la instrucción al pie de página</p>	<p>Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Ver la instrucción al pie de página</p>
<p>16 ¿Para qué usa el certificado de discapacidad? Instrucción: registre todos los usos que mencione la persona.</p> <p>Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1 Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2 Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3 Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4 Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5 Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 No lo usa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99</p>	<p>Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1 Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2 Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3 Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4 Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5 Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 No lo usa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99</p>

Instrucción:
 1. Para cada persona o niño(a) del hogar que tenga al menos una marca en **SÍ, MUCHA DIFICULTAD** o **NO PUEDE HACERLO** o **USA AUDÍFONO** o bien **TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE, VENCIDO O EN TRÁMITE** marque el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**.
 2. Solo para las personas que tienen marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD** continúe preguntando el **Módulo C**.
 3. Si en el hogar no hay ninguna persona o niño(a) con marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**, **FIN DE LA ENTREVISTA PARA ESTE HOGAR**.

<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, cursa <input type="checkbox"/> 1 No está cursando pero cursó <input type="checkbox"/> 2 → 16 Nunca cursó <input type="checkbox"/> 3 → 19</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, cursa <input type="checkbox"/> 1 No está cursando pero cursó <input type="checkbox"/> 2 → 16 Nunca cursó <input type="checkbox"/> 3 → 19</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, cursa <input type="checkbox"/> 1 No está cursando pero cursó <input type="checkbox"/> 2 → 16 Nunca cursó <input type="checkbox"/> 3 → 19</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, cursa <input type="checkbox"/> 1 No está cursando pero cursó <input type="checkbox"/> 2 → 16 Nunca cursó <input type="checkbox"/> 3 → 19</p>
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 13</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 13</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 13</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 13</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 → 13 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 4 Universitario <input type="checkbox"/> 5 → 13 Posgrado <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 → 13 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 4 Universitario <input type="checkbox"/> 5 → 13 Posgrado <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 → 13 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 4 Universitario <input type="checkbox"/> 5 → 13 Posgrado <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 → 13 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 4 Universitario <input type="checkbox"/> 5 → 13 Posgrado <input type="checkbox"/> 6</p>
<p>Grado o año: <input type="text"/></p>	<p>Grado o año: <input type="text"/></p>	<p>Grado o año: <input type="text"/></p>	<p>Grado o año: <input type="text"/></p>
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 20</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 20</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 20</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 20</p> <p>público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>Nivel inicial (educ. temprana, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario/Educación integral de jóvenes y adultos <input type="checkbox"/> 3 → 20 No especifica nivel <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Nivel inicial (educ. temprana, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario/Educación integral de jóvenes y adultos <input type="checkbox"/> 3 → 20 No especifica nivel <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Nivel inicial (educ. temprana, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario/Educación integral de jóvenes y adultos <input type="checkbox"/> 3 → 20 No especifica nivel <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Nivel inicial (educ. temprana, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario/Educación integral de jóvenes y adultos <input type="checkbox"/> 3 → 20 No especifica nivel <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>solo común (o de adultos)? <input type="checkbox"/> 1 solo especial? <input type="checkbox"/> 2 común (o de adultos) y especial? <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>solo común (o de adultos)? <input type="checkbox"/> 1 solo especial? <input type="checkbox"/> 2 común (o de adultos) y especial? <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>solo común (o de adultos)? <input type="checkbox"/> 1 solo especial? <input type="checkbox"/> 2 común (o de adultos) y especial? <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>solo común (o de adultos)? <input type="checkbox"/> 1 solo especial? <input type="checkbox"/> 2 común (o de adultos) y especial? <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario / EGB 1 / EGB 2 <input type="checkbox"/> 2 EGB 3 <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Polimodal <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 6 Universitario o posgrado <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario / EGB 1 / EGB 2 <input type="checkbox"/> 2 EGB 3 <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Polimodal <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 6 Universitario o posgrado <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario / EGB 1 / EGB 2 <input type="checkbox"/> 2 EGB 3 <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Polimodal <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 6 Universitario o posgrado <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario / EGB 1 / EGB 2 <input type="checkbox"/> 2 EGB 3 <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Polimodal <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 6 Universitario o posgrado <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 1 No consiguió vacante en la escuela pública <input type="checkbox"/> 2 No hay escuelas especiales en el lugar en el que vive <input type="checkbox"/> 3 La escuela no contaba con docentes / profesionales especializados y/o apoyos <input type="checkbox"/> 4 No accedió a la escuela a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 5 No tiene suficientes recursos económicos <input type="checkbox"/> 6 Terminó sus estudios / No quiere seguir estudiando <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 1 No consiguió vacante en la escuela pública <input type="checkbox"/> 2 No hay escuelas especiales en el lugar en el que vive <input type="checkbox"/> 3 La escuela no contaba con docentes / profesionales especializados y/o apoyos <input type="checkbox"/> 4 No accedió a la escuela a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 5 No tiene suficientes recursos económicos <input type="checkbox"/> 6 Terminó sus estudios / No quiere seguir estudiando <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 1 No consiguió vacante en la escuela pública <input type="checkbox"/> 2 No hay escuelas especiales en el lugar en el que vive <input type="checkbox"/> 3 La escuela no contaba con docentes / profesionales especializados y/o apoyos <input type="checkbox"/> 4 No accedió a la escuela a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 5 No tiene suficientes recursos económicos <input type="checkbox"/> 6 Terminó sus estudios / No quiere seguir estudiando <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 1 No consiguió vacante en la escuela pública <input type="checkbox"/> 2 No hay escuelas especiales en el lugar en el que vive <input type="checkbox"/> 3 La escuela no contaba con docentes / profesionales especializados y/o apoyos <input type="checkbox"/> 4 No accedió a la escuela a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 5 No tiene suficientes recursos económicos <input type="checkbox"/> 6 Terminó sus estudios / No quiere seguir estudiando <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo <input type="checkbox"/> 8</p>
<p>Continúe en la pregunta 20</p>	<p>Continúe en la pregunta 20</p>	<p>Continúe en la pregunta 20</p>	<p>Continúe en la pregunta 20</p>

Módulo C. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIFICULTAD

7 ¿Sabe leer y escribir?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
8 ¿Cursa o asiste a algún establecimiento educativo (escuela, instituto, universidad)? (Incluye educación a distancia o virtual).	Sí, cursa <input type="checkbox"/> 1 No está cursando pero cursó <input type="checkbox"/> 2 → 16 Nunca cursó <input type="checkbox"/> 3 → 19	Sí, cursa <input type="checkbox"/> 1 No está cursando pero cursó <input type="checkbox"/> 2 → 16 Nunca cursó <input type="checkbox"/> 3 → 19
9 ¿Cursa o asiste a educación común? (Incluye educación de adultos).	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 13
10 El establecimiento en el que cursa educación común, ¿es... (Incluye educación de adultos).	público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2	público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2
11 ¿Cuál es el nivel educativo que cursa en educación común? (Incluye educación de adultos).	Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 → 13 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 4 Universitario <input type="checkbox"/> 5 → 13 Posgrado <input type="checkbox"/> 6	Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 → 13 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 4 Universitario <input type="checkbox"/> 5 → 13 Posgrado <input type="checkbox"/> 6
12 ¿Cuál es el grado o año que cursa en educación común? (Incluye educación de adultos).	Grado o año: <input type="text"/>	Grado o año: <input type="text"/>
13 ¿Cursa o asiste a educación especial?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 20	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 20
14 El establecimiento en el que cursa educación especial, ¿es...	público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2	público? <input type="checkbox"/> 1 privado? <input type="checkbox"/> 2
15 ¿Cuál es el nivel educativo que cursa en educación especial?	Nivel inicial (educ. temprana, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario/Educación integral de jóvenes y adultos <input type="checkbox"/> 3 → 20 No especifica nivel <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Nivel inicial (educ. temprana, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario <input type="checkbox"/> 2 Secundario/Educación integral de jóvenes y adultos <input type="checkbox"/> 3 → 20 No especifica nivel <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
16 ¿Cursó o asistió a educación...	solo común (o de adultos)? <input type="checkbox"/> 1 solo especial? <input type="checkbox"/> 2 común (o de adultos) y especial? <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	solo común (o de adultos)? <input type="checkbox"/> 1 solo especial? <input type="checkbox"/> 2 común (o de adultos) y especial? <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
17 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que cursó? <small>Refiere al nivel más alto independientemente de la modalidad común, de adultos o especial.</small>	Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario / EGB 1 / EGB 2 <input type="checkbox"/> 2 EGB 3 <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Polimodal <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 6 Universitario o posgrado <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Nivel inicial (jardín maternal, jardín de infantes y preescolar) <input type="checkbox"/> 1 Primario / EGB 1 / EGB 2 <input type="checkbox"/> 2 EGB 3 <input type="checkbox"/> 3 Secundario <input type="checkbox"/> 4 Polimodal <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario (terciario) <input type="checkbox"/> 6 Universitario o posgrado <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
18 ¿Completó ese nivel?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
19 ¿Cuál es el motivo principal por el que actualmente no cursa o nunca cursó? <small>Instrucción: registre solo el motivo principal.</small>	Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 1 No consiguió vacante en la escuela pública <input type="checkbox"/> 2 No hay escuelas especiales en el lugar en el que vive <input type="checkbox"/> 3 La escuela no contaba con docentes / profesionales especializados y/o apoyos <input type="checkbox"/> 4 No accedió a la escuela a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 5 No tiene suficientes recursos económicos <input type="checkbox"/> 6 Terminó sus estudios / No quiere seguir estudiando <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo <input type="checkbox"/> 8	Problemas de accesibilidad en la vía pública, transporte, edificios, etc. <input type="checkbox"/> 1 No consiguió vacante en la escuela pública <input type="checkbox"/> 2 No hay escuelas especiales en el lugar en el que vive <input type="checkbox"/> 3 La escuela no contaba con docentes / profesionales especializados y/o apoyos <input type="checkbox"/> 4 No accedió a la escuela a causa de la discapacidad <input type="checkbox"/> 5 No tiene suficientes recursos económicos <input type="checkbox"/> 6 Terminó sus estudios / No quiere seguir estudiando <input type="checkbox"/> 7 Otro motivo <input type="checkbox"/> 8

Continúe en la pregunta 20

Continúe en la pregunta 20

Para todas las personas de 13 años o más			
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1 Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2 Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3 Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4 Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5 Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 No lo usa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1 Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2 Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3 Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4 Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5 Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 No lo usa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1 Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2 Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3 Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4 Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5 Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 No lo usa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1 Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2 Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3 Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4 Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5 Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7 Otros <input type="checkbox"/> 8 No lo usa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99

Ver la instrucción al pie de página

Ver la instrucción al pie de página

Ver la instrucción al pie de página

Ver la instrucción al pie de página

Instrucción:
 1. Para cada persona o niño(a) del hogar que tenga al menos una marca en **SÍ, MUCHA DIFICULTAD** o **NO PUEDE HACERLO** o **USA AUDÍFONO** o bien **TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE, VENCIDO O EN TRÁMITE** marque el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**.
 2. Solo para las personas que tienen marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD** continúe preguntando el **Módulo C**.
 3. Si en el hogar no hay ninguna persona o niño(a) con marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**, **FIN DE LA ENTREVISTA PARA ESTE HOGAR**.

CORTE

plegado

CORTE

Presencial: Sí 1 No 2 Presencial: Sí 1 No 2
 Teléfono: _____ Teléfono: _____

Módulo B. DETECCIÓN DE POBLACIÓN CON DIFICULTAD

Para todos los niños(as) de 0 a 12 años

Ahora voy a preguntarle por las dificultades que puede tener (NOMBRE) al realizar una serie de actividades. Para cada una de ellas tendrá cuatro respuestas posibles:
 1) NO, NINGUNA DIFICULTAD; 2) SÍ, ALGUNA DIFICULTAD; 3) SÍ, MUCHA DIFICULTAD; o 4) NO PUEDE HACERLO.

1 ¿(Nombre) usa anteojos?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 3
2 Cuando (nombre) usa anteojos, ¿tiene dificultad para ver?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 4 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
3 ¿(Nombre) tiene dificultad para ver?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
4 ¿(Nombre) usa audífono (incluye implante coclear y otros dispositivos auditivos)?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 6
5 Cuando (nombre) usa audífono o implante coclear, ¿tiene dificultad para oír?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 → 7 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
6 ¿(Nombre) tiene dificultad para oír?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
7 ¿(Nombre) tiene dificultad para agarrar y levantar objetos pequeños con sus manos o brazos?	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
8 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para caminar o subir escaleras? Instrucción: para los niños de 0 a 2 años debe registrar "No, ninguna dificultad".	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
9 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para comer o vestirse solo(a)? Instrucción: para los niños de 0 a 5 años debe registrar "No, ninguna dificultad".	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
10 Cuando (nombre) habla o se comunica, aún usando lengua de señas, ¿tiene dificultad para ser entendido/a por personas ajenas a este hogar? Instrucción: para los niños de 0 a 2 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: cuando el niño habla o se comunica con lengua de señas, en el jardín o la escuela, no lo entienden sus maestros ni sus compañeros.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Continúe en la pregunta 11	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1 Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2 Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3 No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Continúe en la pregunta 11

Instrucción: Seleccione la DIFICULTAD MÁS ANTIGUA teniendo en cuenta que solo refiere a:
 1) Dificultades con marca en "Sí, mucha dificultad" y "No puede hacerlo"; o
 2) Usa audífono; o
 3) Si solo tiene certificado de discapacidad vigente, vencido o en trámite, refiere a la dificultad por la que solicitó el certificado de discapacidad.

Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> 1 → 3 Después del nacimiento <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 → 3	Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> 1 → 3 Después del nacimiento <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 → 3	Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> 1 → 3 Después del nacimiento <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 → 3	Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> 1 → 3 Después del nacimiento <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 → 3
Todavía no había cumplido el año <input type="checkbox"/> 998 Edad en años: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 999	Todavía no había cumplido el año <input type="checkbox"/> 998 Edad en años: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 999	Todavía no había cumplido el año <input type="checkbox"/> 998 Edad en años: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 999	Todavía no había cumplido el año <input type="checkbox"/> 998 Edad en años: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 999
accidente (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 problemas en el parto / enfermedad de la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 2 inundaciones, contaminación, hechos violentos, guerras, etc.? <input type="checkbox"/> 3 problemas asociados a la edad avanzada? <input type="checkbox"/> 4 enfermedad / síndrome? <input type="checkbox"/> 5 Otra causa <input type="checkbox"/> 6 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	accidente (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 problemas en el parto / enfermedad de la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 2 inundaciones, contaminación, hechos violentos, guerras, etc.? <input type="checkbox"/> 3 problemas asociados a la edad avanzada? <input type="checkbox"/> 4 enfermedad / síndrome? <input type="checkbox"/> 5 Otra causa <input type="checkbox"/> 6 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	accidente (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 problemas en el parto / enfermedad de la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 2 inundaciones, contaminación, hechos violentos, guerras, etc.? <input type="checkbox"/> 3 problemas asociados a la edad avanzada? <input type="checkbox"/> 4 enfermedad / síndrome? <input type="checkbox"/> 5 Otra causa <input type="checkbox"/> 6 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	accidente (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 problemas en el parto / enfermedad de la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 2 inundaciones, contaminación, hechos violentos, guerras, etc.? <input type="checkbox"/> 3 problemas asociados a la edad avanzada? <input type="checkbox"/> 4 enfermedad / síndrome? <input type="checkbox"/> 5 Otra causa <input type="checkbox"/> 6 Ignorado <input type="checkbox"/> 9
obra social o PAMI? <input type="checkbox"/> 1 prepaga a través de obra social? <input type="checkbox"/> 2 prepaga solo por contratación voluntaria? <input type="checkbox"/> 3 programas o planes estatales de salud (Incluir Salud-PROFE)? <input type="checkbox"/> 4 No tiene obra social, prepaga ni plan estatal <input type="checkbox"/> 5	obra social o PAMI? <input type="checkbox"/> 1 prepaga a través de obra social? <input type="checkbox"/> 2 prepaga solo por contratación voluntaria? <input type="checkbox"/> 3 programas o planes estatales de salud (Incluir Salud-PROFE)? <input type="checkbox"/> 4 No tiene obra social, prepaga ni plan estatal <input type="checkbox"/> 5	obra social o PAMI? <input type="checkbox"/> 1 prepaga a través de obra social? <input type="checkbox"/> 2 prepaga solo por contratación voluntaria? <input type="checkbox"/> 3 programas o planes estatales de salud (Incluir Salud-PROFE)? <input type="checkbox"/> 4 No tiene obra social, prepaga ni plan estatal <input type="checkbox"/> 5	obra social o PAMI? <input type="checkbox"/> 1 prepaga a través de obra social? <input type="checkbox"/> 2 prepaga solo por contratación voluntaria? <input type="checkbox"/> 3 programas o planes estatales de salud (Incluir Salud-PROFE)? <input type="checkbox"/> 4 No tiene obra social, prepaga ni plan estatal <input type="checkbox"/> 5
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 7	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 7	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 7	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → 7
solo jubilación? <input type="checkbox"/> 1 solo pensión por fallecimiento del titular de la jubilación? <input type="checkbox"/> 2 jubilación y pensión? <input type="checkbox"/> 3 solo pensión por invalidez / discapacidad? <input type="checkbox"/> 4 solo pensión de otro tipo? <input type="checkbox"/> 5	solo jubilación? <input type="checkbox"/> 1 solo pensión por fallecimiento del titular de la jubilación? <input type="checkbox"/> 2 jubilación y pensión? <input type="checkbox"/> 3 solo pensión por invalidez / discapacidad? <input type="checkbox"/> 4 solo pensión de otro tipo? <input type="checkbox"/> 5	solo jubilación? <input type="checkbox"/> 1 solo pensión por fallecimiento del titular de la jubilación? <input type="checkbox"/> 2 jubilación y pensión? <input type="checkbox"/> 3 solo pensión por invalidez / discapacidad? <input type="checkbox"/> 4 solo pensión de otro tipo? <input type="checkbox"/> 5	solo jubilación? <input type="checkbox"/> 1 solo pensión por fallecimiento del titular de la jubilación? <input type="checkbox"/> 2 jubilación y pensión? <input type="checkbox"/> 3 solo pensión por invalidez / discapacidad? <input type="checkbox"/> 4 solo pensión de otro tipo? <input type="checkbox"/> 5
Continúe en la pregunta 7	Continúe en la pregunta 7	Continúe en la pregunta 7	Continúe en la pregunta 7

CORTE

plegado

CORTE

Módulo B. DETECCIÓN DE POBLACIÓN CON DIFICULTAD

Para todos los niños(as) de 0 a 12 años

11 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para entender lo que se le dice? Instrucción: para los niños de 0 o 1 año debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: entender indicaciones sencillas como: "tocate la cabeza", "levantá un brazo", "sacá la lengua".	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
12 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para aprender cosas? Instrucción: para los niños de 0 o 1 año debe registrar "No, ninguna dificultad". Recuerde mencionar ejemplos diferentes según la edad del niño(a). Ejemplo: aprender los colores, a contar, a atarse los cordones, a realizar mandados.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
13 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para recordar o concentrarse en cosas que le interesan? Instrucción: para los niños de 0 a 4 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: recordar el nombre de su equipo de fútbol o banda de música preferida o concentrarse en un juego o actividad por al menos 10 minutos.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
14 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para controlar su comportamiento? Instrucción: para los niños de 0 a 4 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: se aísla, se enoja si hay personas que no conoce, se autoagrede.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
15 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para jugar con otros niños(as) de su edad? Instrucción: para los niños de 0 a 4 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: le cuesta interactuar con niños de su misma edad y/o no realiza juegos acordes a su edad.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
16 ¿(Nombre) tiene certificado de discapacidad? Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Ver la instrucción al pie de página	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1
	Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2	Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2
	Está en trámite <input type="checkbox"/> 3	Está en trámite <input type="checkbox"/> 3
	No tiene <input type="checkbox"/> 4	No tiene <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
17 ¿Para qué usa el certificado de discapacidad? Instrucción: registre todos los usos que mencione la persona.	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1
	Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2	Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2
	Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3	Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3
	Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4	Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4
	Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5	Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5
	Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6
	Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7	Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7
	Otros <input type="checkbox"/> 8	Otros <input type="checkbox"/> 8
	No lo usa <input type="checkbox"/> 9	No lo usa <input type="checkbox"/> 9
	Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Ignorado <input type="checkbox"/> 99

Instrucción:
 1. Para cada persona o niño(a) del hogar que tenga al menos una marca en **SÍ, MUCHA DIFICULTAD** o **NO PUEDE HACERLO** o **USA AUDÍFONO** o bien **TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE, VENCIDO O EN TRÁMITE** marque el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**.
 2. Solo para las personas que tienen marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD** continúe preguntando el **Módulo C**.
 3. Si en el hogar no hay ninguna persona o niño(a) con marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**, **FIN DE LA ENTREVISTA PARA ESTE HOGAR**.

Para todos los niños(as) de 0 a 12 años

11 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para entender lo que se le dice? Instrucción: para los niños de 0 o 1 año debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: entender indicaciones sencillas como: "tocate la cabeza", "levantá un brazo", "sacá la lengua".	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
12 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para aprender cosas? Instrucción: para los niños de 0 o 1 año debe registrar "No, ninguna dificultad". Recuerde mencionar ejemplos diferentes según la edad del niño(a). Ejemplo: aprender los colores, a contar, a atarse los cordones, a realizar mandados.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
13 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para recordar o concentrarse en cosas que le interesan? Instrucción: para los niños de 0 a 4 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: recordar el nombre de su equipo de fútbol o banda de música preferida o concentrarse en un juego o actividad por al menos 10 minutos.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
14 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para controlar su comportamiento? Instrucción: para los niños de 0 a 4 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: se aísla, se enoja si hay personas que no conoce, se autoagrede.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
15 En comparación con los niños(as) de la misma edad, ¿(nombre) tiene dificultad para jugar con otros niños(as) de su edad? Instrucción: para los niños de 0 a 4 años debe registrar "No, ninguna dificultad". Ejemplo: le cuesta interactuar con niños de su misma edad y/o no realiza juegos acordes a su edad.	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1	No, ninguna dificultad <input type="checkbox"/> 1
	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2	Sí, alguna dificultad <input type="checkbox"/> 2
	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3	Sí, mucha dificultad <input type="checkbox"/> 3
	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4	No puede hacerlo <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
16 ¿(Nombre) tiene certificado de discapacidad? Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1 Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2 Está en trámite <input type="checkbox"/> 3 No tiene <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Ver la instrucción al pie de página	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1	Sí, está vigente <input type="checkbox"/> 1
	Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2	Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2	Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2	Sí, pero está vencido <input type="checkbox"/> 2
	Está en trámite <input type="checkbox"/> 3	Está en trámite <input type="checkbox"/> 3	Está en trámite <input type="checkbox"/> 3	Está en trámite <input type="checkbox"/> 3
	No tiene <input type="checkbox"/> 4	No tiene <input type="checkbox"/> 4	No tiene <input type="checkbox"/> 4	No tiene <input type="checkbox"/> 4
	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
17 ¿Para qué usa el certificado de discapacidad? Instrucción: registre todos los usos que mencione la persona.	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1	Obtener el pase libre de transporte <input type="checkbox"/> 1
	Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2	Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2	Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2	Obtener cobertura integral de medicación y salud <input type="checkbox"/> 2
	Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3	Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3	Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3	Obtener prestaciones como: rehabilitación, transporte, prestaciones educativas, etc. <input type="checkbox"/> 3
	Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4	Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4	Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4	Acceder a asignaciones familiares de ANSES <input type="checkbox"/> 4
	Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5	Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5	Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5	Obtener beneficios impositivos y de servicios <input type="checkbox"/> 5
	Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6	Obtener ayudas técnicas (silla de ruedas, audífono, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> 6
	Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7	Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7	Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7	Obtener el símbolo de libre estacionamiento <input type="checkbox"/> 7
	Otros <input type="checkbox"/> 8	Otros <input type="checkbox"/> 8	Otros <input type="checkbox"/> 8	Otros <input type="checkbox"/> 8
	No lo usa <input type="checkbox"/> 9	No lo usa <input type="checkbox"/> 9	No lo usa <input type="checkbox"/> 9	No lo usa <input type="checkbox"/> 9
	Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Ignorado <input type="checkbox"/> 99	Ignorado <input type="checkbox"/> 99

Instrucción:
 1. Para cada persona o niño(a) del hogar que tenga al menos una marca en **SÍ, MUCHA DIFICULTAD** o **NO PUEDE HACERLO** o **USA AUDÍFONO** o bien **TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE, VENCIDO O EN TRÁMITE** marque el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**.
 2. Solo para las personas que tienen marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD** continúe preguntando el **Módulo C**.
 3. Si en el hogar no hay ninguna persona o niño(a) con marca en el casillero **PERSONA CON DIFICULTAD**, **FIN DE LA ENTREVISTA PARA ESTE HOGAR**.