

Situación conyugal	Educación				Cobertura de salud						
5	6	7	8	9	10						
¿Actualmente está... Anote código 1. ...unido/a? 2. ...casado/a? 3. ...separado/a? 4. ...divorciado/a? 5. ...viudo/a? 6. ...soltero/a?	¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo? Anote código 1. Asiste 2. Asistió 3. Nunca asistió → 10	¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó? Anote código 1. Jardín/Preescolar 2. Primario 3. E.G.B. (1° a 9° año) 4. Secundario (1° a 5° o 6° año) 5. Polimodal (1° a 3° o 4° año) 6. Terciario 7. Universitario 8. Posgrado universitario 9. Educación especial	¿Finalizó ese nivel? Anote código 1. Sí → 10 2. No	¿Cuál fue el último grado/año que aprobó? Anote código 0. Ninguno 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto 5. Quinto 6. Sexto 7. Séptimo 8. Octavo 9. Noveno 99. Ns/Nc	¿Está asociado a... Marque con una cruz todas las opciones que correspondan 1. ...una obra social (incluye PAMI)? 2. ...una prepaga a través de obra social? 3. ...una prepaga por contratación voluntaria? 4. ...un servicio de emergencia médica? 5. ...un programa o plan estatal de salud? 6. No está asociado a nada 99. Ns/Nc						
					1.	2.	3.	4.	5.	6.	99.
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)

1 Tipo de vivienda (Completar por observación)

Casa (1)
 Casilla (2)
 Departamento (3)
 Pieza de inquilinato (4)
 Pieza en hotel o pensión (5)
 Local no construido para habitación (6)
 Otro (Especificar)..... (7)

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total? (Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)

3 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra (1)
 Cemento o ladrillo fijo (2)
 Tierra o ladrillo suelto (3)
 Otros ¿Cuál? (Especificar)..... (4)

4 ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?

Cubierta asfáltica o membrana (1)
 Baldosa o losa (sin cubierta) (2)
 Pizarra o teja (3)
 Chapa de metal (sin cubierta) (4)
 Chapa de fibrocemento o plástico (5)
 Chapa o cartón (6)
 Caña, tabla o paja con barro, paja sola (7)
 N/S depto. en propiedad horizontal (8)
 Otros ¿Cuál? (Especificar)..... (9)

5 En el techo ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

5. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR (HO)

1 ¿El baño es de uso exclusivo de este hogar?

Sí (1)
 No (2)

6 ¿Para cocinar, utiliza principalmente...

...gas de red? (1)
 ...gas de tubo/garrafa? (2)
 ...kerosene/leña/carbón? (3)
 ...otro? ¿Cuál? (Especificar)..... (4)

7 ¿Tiene agua...

...por cañería dentro de la vivienda? (1)
 ...fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? (2)
 ...fuera del terreno? (3)

8 ¿Obtiene el agua a través de...

...red pública (agua corriente)? (1)
 ...perforación con bomba a motor? (2)
 ...perforación con bomba manual? (3)
 ...aljibe o pozo? (4)
 ...otras fuentes ¿Cuál? (Especificar)..... (5)

9 ¿Tiene baño/letrina?

Sí (1)
 No (2) → **(HO) 2**

10 ¿El baño tiene ...

...inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua? (1)
 ...inodoro sin botón/cadena y con arrastre de agua? (a balde) (2)
 ...letrina? (sin arrastre de agua) (3)

11 ¿El desagüe del inodoro va...

...a red pública (cloaca)? (1)
 ...a cámara séptica y pozo ciego? (2)
 ...sólo a pozo ciego? (3)
 ...a hoyo/excavación en tierra? (4)

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo? (Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)

3 De esos, ¿cuántos usan habitualmente para dormir?

6. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

1 ¿Cuál fue el ingreso total del hogar el último mes?

(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

\$

Sin ingresos (2)

Ns/Nc (99)

3

2 TARJETA 1

¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar?

(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

- | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 a 3.000 <input type="checkbox"/> (1) | 31.001 a 35.000 <input type="checkbox"/> (10) |
| 3.001 a 5.000 <input type="checkbox"/> (2) | 35.001 a 38.000 <input type="checkbox"/> (11) |
| 5.001 a 8.000 <input type="checkbox"/> (3) | 38.001 a 41.000 <input type="checkbox"/> (12) |
| 8.001 a 12.000 <input type="checkbox"/> (4) | 41.001 a 45.000 <input type="checkbox"/> (13) |
| 12.001 a 15.000 <input type="checkbox"/> (5) | 45.001 a 49.000 <input type="checkbox"/> (14) |
| 15.001 a 18.000 <input type="checkbox"/> (6) | 49.001 a 53.000 <input type="checkbox"/> (15) |
| 18.001 a 23.000 <input type="checkbox"/> (7) | 53.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> (16) |
| 23.001 a 27.000 <input type="checkbox"/> (8) | 60.001 y más <input type="checkbox"/> (17) |
| 27.001 a 31.000 <input type="checkbox"/> (9) | Ns/Nc <input type="checkbox"/> (99) |

3 ¿Percibió algún ingreso en dinero o en especie en los últimos 6 meses por Asignación Universal por Hijo, planes sociales u otras transferencias estatales?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Si el N° de componente seleccionado de 18 años o más...

...es igual a 1

→ (B1)

...es igual o mayor a 2

→

7. SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DEL HOGAR (SL)

1 La semana pasada, ¿_____ trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar las tareas de su hogar)

Sí (1) → 6

No (2)

2 ¿La semana pasada...

...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (1) → (B1)

...no tenía/no conseguía trabajo? (2) → 4

...no tuvo pedidos/clientes? (3)

...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? (4)

3 ¿No concurrió por...

...vacaciones, licencia? (enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) (1) → 6

...huelga/conflicto laboral? (2)

...suspensión con pago? (3)

...suspensión sin pago? (4)

...otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? (5) → 6

...otras causas laborales y volverá en más de un mes? (6)

4 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos o parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → (B1)

No (2)

5 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

...está suspendido? (1)

...ya tiene trabajo asegurado? (2)

...se cansó de buscar trabajo? (3)

...hay poco trabajo en esta época del año? (4)

...por otras razones? ¿Cuál? (Especificar)..... (5) → (B1)

.....

.....

.....

6 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales (1)

Entre 35 y 45 horas semanales (2)

Más de 45 horas semanales (3)

Ns/Nc (99)

BLOQUE INDIVIDUAL (BI) - 18 años o más

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

IDENTIFICACIÓN (ID)

Anote el N° de componente de la persona seleccionada

Encuestador

Jefe de equipo

CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (VP)

Visita N°	Fecha	Hora	Código	Observaciones
1	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
9	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
10	/ /	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

1. RESPUESTA INDIVIDUAL (RI)

1 Indique si el miembro seleccionado responde a la encuesta

Sí (1) → (SL)

No (2)

2 Razón de no respuesta

Ausencia (7) → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**

Rechazo (8) → **3**

Otras causas (9) (Especificar)

.....

.....

..... → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**

3 Causa de no respuesta

Negativa rotunda (8.1)

Rechazo por portero eléctrico (8.2)

Se acordaron entrevistas que no se concretaron (8.3)

La encuesta demanda mucho tiempo (8.4)

No quiere hablar del tema (8.5)

Desconfía qué van a hacer con los datos (8.6)

↓

FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)

2. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 La semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar las tareas de su hogar)

Sí (1) → **6**

No (2)

2 ¿La semana pasada...

...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (1) → **(SG)**

...no tenía/no conseguía trabajo? (2) → **4**

...no tuvo pedidos/clientes? (3)

...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? (4)

3 ¿No concurrió por...

...vacaciones/licencia? (enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) (1)

...huelga/conflicto laboral? (2) → **6**

...suspensión con pago? (3)

...suspensión sin pago? (4)

...otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? (5) → **6**

...otras causas laborales y volverá en más de un mes? (6)

4 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí (1) → **(SG)**

No (2)

5 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

...está suspendido? (1)

...ya tiene trabajo asegurado? (2)

...se cansó de buscar trabajo? (3)

...hay poco trabajo en esta época del año? (4)

...por otras razones? ¿Cuál? (Especificar)..... (5) → **(SG)**

.....

.....

.....

6 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales (1)

Entre 35 y 45 horas semanales (2)

Más de 45 horas semanales (3)

Ns/Nc (99)

3. SALUD GENERAL (SG)

1 En general, ¿usted diría que su salud es...

...excelente? (1)

...muy buena? (2)

...buena? (3)

...regular? (4)

...mala? (5)

2 En relación a su movilidad, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para caminar? (1)

...tiene algunos problemas para caminar? (2)

...no puede caminar? (3)

3 En relación al cuidado personal, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para lavarse o vestirse solo? (1)

...tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo? (2)

...es incapaz de lavarse o vestirse solo? (3)

4 En relación a las actividades cotidianas, ¿en el día de hoy...

(Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

...no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas? (1)

...tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas? (2)

...es incapaz de realizar sus actividades cotidianas? (3)

5 En relación al dolor/malestar, ¿en el día de hoy...

...no tiene dolor ni malestar? (1)

...tiene un dolor o malestar moderado? (2)

...tiene mucho dolor o malestar? (3)

6 En relación a la ansiedad/depresión, ¿en el día de hoy...

...no está ansioso ni deprimido? (1)

...está moderadamente ansioso o deprimido? (2)

...está muy ansioso o deprimido? (3)

4. ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

AHORA LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE SUS ACTIVIDADES FÍSICAS INTENSAS, MODERADAS Y CAMINATA. LAS MISMAS PUEDEN FORMAR PARTE DE SU ACTIVIDAD DOMÉSTICA, LABORAL, DEPORTIVA O PARA TRASLADARSE.

1 Las actividades físicas intensas son aquellas que lo hacen respirar mucho más rápido, le exigen un mayor esfuerzo físico y aceleran el ritmo cardíaco. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas, **durante al menos 10 minutos?** (excluyendo caminata).

ATENCIÓN: Si la persona no realizó estas actividades, complete con 0 (cero) Y PASE A P.3

Días por semana

2 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo **en total** emplea en realizarlas? Sume la cantidad de horas a la semana.

Horas Minutos Ns/Nc (99)

3 Las actividades físicas moderadas son aquellas que le implican una ligera aceleración del ritmo cardíaco y la respiración. En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas, **durante al menos 10 minutos?** (puede incluir caminata rápida).

ATENCIÓN: Si la persona no realizó estas actividades, complete con 0 (cero) Y PASE A P.5

Días por semana

4 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo **en total** emplea en realizarlas? Sume la cantidad de horas a la semana.

Horas Minutos Ns/Nc (99)

5 En la última semana, ¿cuántos días caminó, **durante al menos 10 minutos?**

ATENCIÓN: Si la persona no realizó estas actividades, complete con 0 (cero) Y PASE A P.7

Días por semana

6 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividad, ¿cuánto tiempo **en total** emplea en realizarla? Sume la cantidad de horas a la semana.

Horas Minutos Ns/Nc (99)

7 Habitualmente, ¿cuánto tiempo por día pasa sentado, por ejemplo en su casa, en el trabajo o en clase?

Horas Minutos Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Sólo para el encuestador

No realizó actividad física en la última semana
(ni intensa ni moderada ni caminata)

Sí realizó actividad física en la última semana
(intensa o moderada o caminata)

8 ¿Cuál es la razón principal por la que, en la última semana, no practicó actividad física?

- Por falta de tiempo (1)
- Por falta de dinero (2)
- Por falta de instalaciones (3)
- Por la distancia (4)
- Por razones de salud (5)
- Por falta de información (6)
- Por falta de seguridad (7) **(TA)**
- Porque no le interesa/no le gusta (8)
- Por falta de voluntad (9)
- Otro (Especificar) (10)
- (10)
- (10)

9 ¿Cuál es la razón principal por la que, en la última semana, no realizó más actividad física?

- Hago la actividad física que necesito/indicada (1)
- Por falta de tiempo (2)
- Por falta de dinero (3)
- Por falta de instalaciones (4)
- Por la distancia (5)
- Por razones de salud (6)
- Por falta de información (7)
- Por falta de seguridad (8)
- Porque no le interesa/no le gusta (9)
- Por falta de voluntad (10)
- Otro (Especificar) (11)
- (11)
- (11)

10 Las actividades físicas que realizó en la última semana, ¿fueron...

- | | Sí | No |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 10.1 ...parte de su actividad doméstica? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 10.2 ...parte de su actividad laboral? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 10.3 ...para desplazarse/trasladarse? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 10.4 ...para mejorar su condición física/
hacer deporte? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

5. TABACO (TA)

1 ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

Sí (1)
 No (2) → **9**

2 ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?

Edad en años

Si es menor a 10 verifique

Ns/Nc (99)

3 En toda su vida, ¿ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

4 Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos...

...todos los días? (1)
 ...algunos días? (2)
 ...no fuma? (3) → **9**

	Sí	No
4.1 Actualmente, ¿fuma cigarrillo armado?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
4.2 Actualmente, ¿fuma cigarrillo de paquete?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2) → 8

5 ¿Qué marca de cigarrillos fuma habitualmente?

TARJETA 2

Marca _____

Anote código → **SI EL CÓDIGO ES MAYOR A 5** → **8**

6 ¿Qué tipo de paquete de _____ compra habitualmente?

6.a

Box (1)
 Común (blando) (2)
 Compra cigarrillos sueltos (98) → **8**
 Ns/Nc (99)

6.b ¿De qué cantidad?

Cantidad

Ns/Nc (99)

6.c ¿De qué sabor?

Común (sin saborizar) (1) → **7**
 Mentolados (2)
 Otro sabor (3)

6.d ¿Con qué tipo de cápsula?

Cápsula simple (1)
 Cápsula doble (2)
 Ns/Nc (99)

7 Pensando en la última vez que compró cigarrillos de esta marca y variedad para su propio consumo, ¿cuánto dinero pagó para esta compra?

\$

Ns/Nc (99)

8 ¿Intentó dejar de fumar en el último año?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

9 Actualmente, de los siguientes productos de tabaco que no son cigarrillos de paquete ni armados a mano, ¿usted consume...

	Sí	No
9.1 ...cigarros o habanos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.2 ...cigarritos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.3 ...pipa común?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.4 ...pipa de agua?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.5 ...tabaco para masticar?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
9.6 ...cigarrillo electrónico?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

10 Durante los últimos 30 días, ¿notó que alguien fumó en alguno de los siguientes lugares cerrados...

	Sí	No	No estubo
10.1 ...dentro de su casa?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.2 ...dentro de su trabajo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.3 ...dentro de instituciones educativas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.4 ...dentro de bares/restaurantes?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.5 ...dentro de hospitales/centros de salud?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)
10.6 ...dentro de otros lugares?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)

11 En los últimos 30 días, ¿vio alguna publicidad de cigarrillos en comercios donde se venden cigarrillos?

Sí (1)
 No (2)
 No fue a comercios donde se venden cigarrillos (98)

12 En los últimos 30 días, ¿recibió por correo electrónico publicidad de cigarrillos o material de promoción de cigarrillos?

Sí (1)
 No (2)

13 En los últimos 30 días, ¿se suscribió en alguna página web de una empresa que produce cigarrillos, una página web de una marca de cigarrillos o una página web que tuviera los logos de marcas de cigarrillos?

Sí (1)
 No (2)

14 En los últimos 30 días, ¿vio alguna frase o imagen sobre el riesgo de fumar impresa en paquetes de cigarrillos?

Sí (1)
 No (2)
 No vio paquetes de cigarrillos (98)

ATENCIÓN: Sólo para quienes respondieron "todos los días" o "algunos días" en P.4

15 ¿Las frases o imágenes que vienen en los paquetes de cigarrillos lo hicieron pensar en dejar de fumar?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Para TODOS los encuestados

16 ¿Está de acuerdo con el aumento del impuesto al tabaco?

Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)

1 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

Sí (1)
No (2) → **3**
Ns/Nc (99)

2 ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 años (3)
Ns/Nc (99)

3 ¿Cuántas veces un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía la presión alta?

Sólo 1 vez (1)
Más de 1 vez (2)
Ninguna (3) → **(PC)**
Ns/Nc (99)

4 ¿En las últimas dos semanas, estuvo haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para controlar su presión arterial?

Sí (1)
No (2) → **12**

En relación con el tratamiento que le ha indicado el profesional de la salud para el control de su presión arterial.

5 ¿El tratamiento es...

	Sí	No
5.1 ...con dieta, ejercicios, reducción de peso?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
5.2 ...con medicamentos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2) → 12

6 ¿Y cuántas pastillas debe tomar por día para el control de su presión arterial?

Cantidad de pastillas
Ns/Nc (99)

7 Muchas personas tienen dificultades para tomar diariamente su medicación ¿Alguna vez se olvida de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

Sí (1)
No (2)

8 Por lo general, cuando usted se siente bien, ¿deja de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (99)

9 Por lo general, cuando usted se siente mal, ¿deja de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (99)

10 Durante la última semana ¿usted...

...tomó todas las pastillas indicadas para controlar su presión arterial? (1) → **12**
...no tomó algunas de las pastillas indicadas para controlar su presión arterial? (2)
...no tomó ninguna pastilla indicada para controlar su presión arterial? (3) → **12**

11 ¿Y durante la última semana cuántas pastillas para controlar su presión arterial no tomó?

Cantidad de pastillas
Ns/Nc (99)

12 Excluyendo tomarse la presión arterial, ¿hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la presión alta?

Sí (1)
No (2) → **(PC)**

13 Excluyendo tomarse la presión arterial, ¿a qué lugar va habitualmente a hacerse ese control?

Un consultorio médico individual (1)
Un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio privado (2)
Un consultorio en un hospital (3)
Un consultorio en un centro de salud comunitario, de barrio o centro vecinal (4)
Un servicio de guardia de un hospital o clínica (5)
Otro lugar (Especificar)
.....
..... (6)

14 Cuando usted va a ese lugar, ¿siempre lo atiende el mismo profesional de la salud?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (99)

15 ¿El médico o profesional que lo atiende en ese lugar conoce su historia clínica?

Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (99)

7. PESO CORPORAL (PC)

1 En el último año, ¿un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene que bajar de peso?

Sí (1)

No (2) → **3**

Ns/Nc (99)

2 ¿Está usted en estos momentos haciendo algo para bajar de peso? (Dietas, ejercicio)

Sí (1) → **4**

No (2)

3 ¿En estos momentos está haciendo algo para mantener controlado su peso?

Sí (1)

No (2)

4 ¿Cuánto cree usted que está pesando?

Peso en kg:

Ns/Nc (99)

5 ¿Cuánto mide?

Altura en cm:

Ns/Nc (99)

8. ALIMENTACIÓN (AL)

1 Habitualmente, ¿le agrega sal a las comidas durante la cocción?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

2 Habitualmente, ¿le agrega sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa...

...siempre o casi siempre? (1)

...raras veces? (2)

...nunca? (3)

3 En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas frescas, cocidas, en jugo o licuados naturales?

ATENCIÓN: Si la persona no come fruta, complete con 0 (cero) Y PASE A P5

Días por semana

Ns/Nc (99)

4 ¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? (Use la cartilla)

Porciones

Si es mayor a 20 verifique

Ns/Nc (99)

5 En una semana típica, ¿cuántos días come usted verduras?

ATENCIÓN: Si la persona no come verdura, complete con 0 (cero) Y PASE A P7

Días por semana

Ns/Nc (99)

6 ¿Cuántas porciones de verdura come en uno de esos días? (Use la cartilla)

Porciones

Si es mayor a 20 verifique

Ns/Nc (99)

7 ¿Cuál es la razón principal por la que no consume más porciones de frutas y/o verduras?

Come la cantidad que considera adecuada (1)

Su compra y preparación requiere mucho tiempo (2)

Pocas opciones de/en lugares de compra (supermercado, verdulería, almacén, etc.) (3)

Pocas opciones de/en lugares para comer (restaurantes, bares, etc.) (4)

Son caras (5)

Falta de apoyo del entorno (6)

No le gustan (7)

Prefiere otro tipo de comidas (8)

Dificultad por los hábitos y exigencias de la vida cotidiana (9)

Falta de voluntad (10)

Otros (Especificar) (11)

.....

.....

.....

8 Pensando en su alimentación o dieta habitual o de todos los días ¿Considera que es...

...muy saludable? (1) → **10**

...bastante saludable? (2)

...poco saludable? (3)

...nada saludable? (4)

...Ns/Nc (99) → **10**

9 ¿Cuál es la razón principal por la que considera que su alimentación o dieta habitual es poco o nada saludable?

- Falta de tiempo para comprar y/o cocinar (1)
- En su casa o trabajo no se come comida saludable (2)
- Come muchos alimentos altos en azúcares, grasas, sal (por ejemplo comidas rápidas o alimentos procesados) (3)
- Dificultad para conseguir alimentos saludables cerca de los lugares que frecuenta (hogar, trabajo, facultad, etc.) (4)
- Pocas opciones de comida saludable en lugares donde come habitualmente (restaurantes, bares, etc.) (5)
- Los precios de los alimentos saludables son muy altos (6)
- Las comidas saludables no lo llenan o sacan el hambre (7)
- No le gustan las comidas saludables (8)
- No le interesa tener una alimentación saludable (9)
- Otros (Especificar) (10)
-
-
-

10 ¿Está de acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas?

- Sí (1)
- No (2)
- Ns/Nc (99)

9. COLESTEROL (CO)

1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

→ **3**

2 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron el colesterol?

Menos de 1 año (1)

De 1 a 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Ns/Nc (99)

3 ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía el colesterol alto?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

→ **(CA)**

4 ¿En las últimas dos semanas, estuvo haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlado su colesterol?

Sí (1)

No (2) → **(CA)**

5 ¿Está haciendo algún tratamiento...

5.1 ...con medicamentos?

Sí (1) No (2)

5.2 ...con dieta, ejercicios, reducción de peso?

(1) (2)

10. CONSUMO DE ALCOHOL (CA)

1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (vodka, ron) alguna vez en la vida?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99) → **7**

2 ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna de estas bebidas alcohólicas?

Durante los últimos 30 días (1)

Más de un mes hasta un año (2)

Más de un año (3)

Ns/Nc (99) → **7**

3 ¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días?

Complete sólo una opción

3.1 Días por semana

3.2 Días por mes

Ns/Nc (99)

4 Pensando en lo que toma habitualmente, elija uno de esos días y dígame en ese día cuánto toma...

Para el encuestador: la tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma en un solo día. Este puede incluir la combinación de varios tipos de bebida.

TARJETA 4

4.1 ...de cerveza?

.....
.....

No toma (98)

Cantidad de tragos ,

4.2 ...y ese mismo día, ¿cuánto toma de vino?

.....
.....

No toma (98)

Cantidad de tragos ,

4.3 ...y de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)

.....
.....

No toma (98)

Cantidad de tragos ,

4.4 ...y ese mismo día, ¿toma otras bebidas alcohólicas?

Sí (1)

¿Cuáles?

.....
.....

No (2)

5 En algunas ocasiones es común que uno tome más de lo habitual. En los últimos 30 días, pensando en el día que más tomó, ¿cuánto tomó...

TARJETA 4

5.1 ...de cerveza?

.....
.....

No tomó más de lo habitual (98)

Cantidad de tragos ,

5.2 ...y ese mismo día, ¿cuánto tomó de vino?

.....
.....

No tomó más de lo habitual (98)

Cantidad de tragos ,

5.3 ...y de bebida fuerte? (licores, whisky, fernet, vodka, gin o similares)

.....
.....

No tomó más de lo habitual (98)

Cantidad de tragos ,

5.4 ...y ese mismo día, ¿tomó otras bebidas alcohólicas?

Sí (1)

¿Cuáles?

.....
.....

No (2)

6 En los últimos 30 días, ¿al menos una vez manejó un auto, moto o bicicleta luego de haber tomado alguna bebida con alcohol?

Sí (1)

No (2)

No manejó en los últimos 30 días (98)

7 ¿Está de acuerdo con el aumento del impuesto a las bebidas con alcohol?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

11. DIABETES (DI)

1 ¿Alguna vez un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

Sí (1) → Si es varón → **3**

No (2) → **6**

Ns/Nc (99) → **6**

2 ¿Eso ocurrió cuando estaba embarazada?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

3 ¿En las últimas dos semanas, estuvo haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su diabetes/azúcar en sangre?

Sí (1)

No (2) → **6**

4 ¿Usted está haciendo algún tratamiento...

	Sí	No
4.1 ...con insulina?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
4.2 ...con dieta, ejercicios, reducción de peso?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
4.3 ...con medicamentos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

5 ¿Es insulino dependiente?

Sí (1)

No (2)

6 ¿Ha habido al menos un diagnóstico de diabetes entre...

	Sí	No	Ns/Nc
6.1 ...sus familiares cosanguíneos directos (padres, hijos, hermanos)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)
6.2 ...otros familiares cosanguíneos (abuelos, tíos, primos)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)

7 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron la glucemia/azúcar en sangre?

Menos de 1 año (1)

De 1 a 2 años (2)

Más de 2 años (3)

Nunca se la midió (4)

Ns/Nc (99)

ATENCIÓN:
Sólo para quienes respondieron "Sí" en P.1
DE LO CONTRARIO PASE A (LE)

8 Excluyendo la medición de glucemia o azúcar en sangre, ¿hay algún lugar al que usted vaya habitualmente para hacerse un control relacionado con la diabetes?

Sí (1)

No (2) → **12**

9 Excluyendo la medición de glucemia o azúcar en sangre, ¿a qué lugar va habitualmente a hacerse esos controles?

Un consultorio individual (1)

Un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio privado (2)

Un consultorio en un hospital (3)

Un consultorio en un centro de salud comunitario, de barrio o centro vecinal (4)

Un servicio de guardia de un hospital o una clínica (5)

Otro lugar (Especificar) (6)

.....

.....

.....

10 Cuando usted va a ese lugar, ¿siempre lo atiende el mismo profesional de la salud?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

11 ¿El médico o profesional que lo atiende en ese lugar conoce su historia clínica?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

12 En los últimos 12 meses, ¿un profesional de la salud le examinó los pies para detectarle heridas o irritaciones?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

13 En los últimos 12 meses, ¿le hicieron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? (Este examen le habría ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante)

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

14 ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar usted mismo su diabetes?

Sí (1)

No (2)

Ns/Nc (99)

12. LESIONES (LE)

1 Si maneja o viaja en bicicleta, ¿con qué frecuencia usa casco?

- Siempre (1)
A veces (2)
Nunca (3)
No viaja en bicicleta (98)

2 Si maneja o viaja en moto, ¿con qué frecuencia usa casco?

- Siempre (1)
A veces (2)
Nunca (3)
No viaja en moto (98)

3 Si maneja o viaja en auto, ¿con qué frecuencia usa cinturón de seguridad?

- Siempre (1)
A veces (2)
Nunca (3)
No viaja en auto (98)

ATENCIÓN: Si es VARÓN y tiene 50 años o más

PASE A (CC)

ATENCIÓN: Si es VARÓN y tiene menos de 50 años

PASE A (MA)

13. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

ATENCIÓN: Sólo para mujeres

SI ES VARÓN Y TIENE 50 AÑOS O MÁS, PASE A (CC). SI ES VARÓN Y TIENE MENOS DE 50 AÑOS, PASE A (MA).

1 ¿Alguna vez se hizo una mamografía?
(Una mamografía es una radiografía de cada mama)

- Sí (1)
No (2) → **3**
Ns/Nc (99)

2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

- Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 a 3 años (3)
Más de 3 años (4)
Ns/Nc (99)

3 ¿Alguna vez se hizo un Papanicolaou?
(Un Papanicolaou es un examen para detectar problemas en el cuello del útero)

- Sí (1)
No (2)
Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Si tiene menos de 50 años

PASE A (EM)

ATENCIÓN: Si tiene 50 años o más

PASE A (CC)

4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un Papanicolaou?

- Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
Más de 2 a 3 años (3)
Más de 3 años (4)
Ns/Nc (99)

ATENCIÓN: Si tiene menos de 50 años

PASE A (EM)

14. PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL (CC)

ATENCIÓN: Sólo para personas de 50 años o más

1 ¿Alguna vez se ha hecho algún estudio para detectar pólipos o cáncer de colon, tal como...

	Sí	No	Ns/Nc
1.1 ...prueba de sangre oculta en materia fecal?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)
1.2 ...colonoscopia?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)
1.3 ...radiografía de colon por enema?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (99)

ATENCIÓN: Si contestó "No" y/o "No sabe" en TODAS las opciones

Si es VARÓN

Si es MUJER

PASE A (MA)

PASE A (EM)

ATENCIÓN: Sólo para quienes respondieron "Sí" en alguna de las opciones en P.1

2 ¿Cuál fue el último estudio que se realizó?

Prueba de sangre oculta en materia fecal	<input type="checkbox"/> (1)
Colonoscopia	<input type="checkbox"/> (2)
Radiografía de colon por enema	<input type="checkbox"/> (3)

3 ¿Hace cuánto se lo realizó?

En el último año	<input type="checkbox"/> (1)
Más de 1 año hasta 2 años	<input type="checkbox"/> (2)
Más de 2 años hasta 4 años	<input type="checkbox"/> (3)
Más de 4 años hasta 5 años	<input type="checkbox"/> (4)
Más de 5 años hasta 10 años	<input type="checkbox"/> (5)
Más de 10 años	<input type="checkbox"/> (6)
Ns/Nc	<input type="checkbox"/> (99)

ATENCIÓN: Si es VARÓN

ATENCIÓN: Si es MUJER

PASE A (MA)

PASE A (EM)

DEFINICIONES:

Prueba de sangre oculta en materia fecal: esta prueba se realiza para detectar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal (del tubo digestivo o intestino grueso).

Colonoscopia: es un estudio mediante el cual se detectan pólipos o cáncer colorrectal (del tubo digestivo o intestino grueso) a través de un tubo flexible con una cámara que permite observar internamente el tubo digestivo.

Radiografía de colon por enema: es un método para detectar problemas en el colon o recto (tubo digestivo o intestino grueso) a través de una radiografía en la zona, donde previamente se realiza un enema con una sustancia de contraste.

15. EMBARAZO (EM)

ATENCIÓN: Sólo para mujeres

SI ES VARÓN PASE A (MA)

1 ¿Está actualmente embarazada?

Sí	<input type="checkbox"/> (1)	→ FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)
No	<input type="checkbox"/> (2)	
Ns/Nc	<input type="checkbox"/> (99)	→ FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)

ATENCIÓN:

REVISE LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA.

**SI LA PERSONA ENCUESTADA NO HABITA EN UNA VIVIENDA SELECCIONADA EN LA SUBMUESTRA
AQUÍ FINALIZA EL BLOQUE INDIVIDUAL DEL CUESTIONARIO.**

NO OLVIDE REGISTRAR LOS TELÉFONOS DEL HOGAR EN LA CONTRATAPA DEL CUESTIONARIO.

16. MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS (MA)

1 ¿El encuestado firmó el consentimiento? (No leer al encuestado)

Sí (1) → **2**

No (2) (Especificar)

→ (MQ)

Ausencia del personal de Salud (98) → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (TH)**

2 En la última media hora, ¿ha tomado café, café con leche, té, mate u otras bebidas que puedan contener cafeína o ha fumado cigarrillos?

Esta pregunta la hará el personal de Salud: registre la respuesta del encuestado

Sí (1) → **SI HAY CONSENTIMIENTO** → **PASAR A 6 Y FIJAR REVISITA**

No (2)

3 Registre si el encuestado consintió medirse la presión (No leer al encuestado)

Sí (1)

No (2) → **5**

4 Medición de la presión

Medición	Sistólica	Diastólica
Primera medición	4.1.a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4.1.b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Segunda medición	4.2.a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4.2.b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tercera medición	4.3.a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4.3.b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

→ **SI COMPLETÓ TODAS LAS MEDICIONES** → **6**

5 Registre por qué no consintió medirse la presión

No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo (1)

Otra razón (Especificar).....

..... (2)

6 Registre si el encuestado consintió medirse la altura (No leer al encuestado)

Sí (1)

No (2) → **8**

7 Medición de la altura

Medición: (en CENTÍMETROS)

→ **SI COMPLETÓ LA MEDICIÓN** → **9**

8 Registre por qué no consintió medirse la altura

No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo (1)

Otra razón (Especificar).....

..... (2)

9 Registre si el encuestado consintió pesarse (No leer al encuestado)

Sí (1)

No (2) → **11**

10 Medición del peso

Medición: (en KILOGRAMOS)

→ **SI COMPLETÓ LA MEDICIÓN** → **12**

11 Registre por qué no consintió pesarse

No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo (1)

Otra razón (Especificar).....

..... (2)

12 Registre si el encuestado consintió medirse el perímetro de la cintura (No leer al encuestado)

Sí (1)

No (2) → **15**

13 Medición del perímetro de la cintura

Medición: (en CENTÍMETROS)

14 Medición realizada:

Directamente sobre la piel (1)

Con ropa fina (Especificar).....

..... (2)

→ **SI COMPLETÓ TODAS LAS MEDICIONES** → (MQ)

15 Registre por qué no aceptó medir el perímetro de la cintura

No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo (1)

Otra razón (Especificar).....

..... (2)

**RECORDATORIO: ACUERDE UN DÍA Y HORARIO PARA REALIZAR EL PASO TRES (MEDICIONES QUÍMICAS).
 TENGA PRESENTE RECORDARLE EL REQUERIMIENTO DE AYUNO.
 SI ES INSULINO DEPENDIENTE, RECORDAR QUE LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE DEBE SER PREVIA
 A LA APLICACIÓN DE LA INSULINA (su horario será prioritario)**

17. MEDICIONES QUÍMICAS (MQ)

1 ¿El encuestado firmó el consentimiento? (No leer al encuestado)

Sí (1) → **2**

No (2) (Especificar)

.....

.....

**FIN DE LA ENTREVISTA.
 PASE A (TH)**

Ausencia del personal de Salud (98) → **FIN DE LA ENTREVISTA.
 PASE A (TH)**

2 ¿A qué hora comió algo por última vez (la cena, algún postre o galletitas)?
 Esta pregunta la hará el personal de Salud: registre la respuesta del encuestado

Horas Minutos Ns/Nc (99)

**FIN DE LA ENTREVISTA.
 PAUTAR REVISITA.**

3 ¿A qué hora bebió algo por última vez (que no haya sido agua)?
 Esta pregunta la hará el personal de Salud: registre la respuesta del encuestado

Horas Minutos Ns/Nc (99)

**FIN DE LA ENTREVISTA.
 PAUTAR REVISITA.**

4 Horas de ayuno

Horas → **Si es menor a 8 horas, FIN DE LA ENTREVISTA.
 PAUTAR REVISITA.**

5 Registre los valores de glucosa que le informe el personal de Salud.

Glucosa mg/DL

El dispositivo no funciona / High / Low (98)

6 Registre los valores de colesterol que le informe el personal de Salud.

Colesterol mg/DL

El dispositivo no funciona / High / Low (98)

**ATENCIÓN: Al pactar la visita, recuérdela a todas las personas que deberán encontrarse en ayunas.
 Recuérdela a las personas insulino dependientes que para poder obtener la muestra es necesario,
 adicionalmente, que no se hayan aplicado la inyección de insulina.**

¿El entrevistado es insulino dependiente?

Sí (1)

No (2)

Día	Hora	Se acordó para hacer el paso		
		Paso 1 Fecha y hora	Paso 2 Fecha y hora	Paso 3 Fecha y hora
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			
/ /	:			

Finalizado por	Completitud	Incompletitud

Teléfono de contacto del miembro seleccionado

Extraccionista

