

2005	
JULIO	D L M M J V S 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
AGOSTO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SEPTIEMBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
OCTUBRE	D L M M J V S 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
NOVIEMBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
DICIEMBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
2006	
ENERO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
FEBRERO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
MARZO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
ABRIL	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
MAYO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
JUNIO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
JULIO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
AGOSTO	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SEPTIEMBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
OCTUBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
NOVIEMBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
DICIEMBRE	D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 No marque así Rellene así

Conglomerado N°	N° de Selección de la Vivienda	Tipo de Selección	Cuestionario N°	1. <input type="checkbox"/> Cuestionario Adicional
UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
1. DEPARTAMENTO		2. PROVINCIA		3. DISTRITO
4. CENTRO POBLADO				CATEGORÍA
UBICACIÓN MUESTRAL				
5. ZONA N°		6. MANZANA N°		7. A.E.R. N°
8. VIVIENDA N°				
9. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (Rellene sólo el óvalo ● que corresponde)				
Tipo de Vía → 1 <input type="checkbox"/> Avenida 2 <input type="checkbox"/> Jirón 3 <input type="checkbox"/> Calle 4 <input type="checkbox"/> Pasaje 5 <input type="checkbox"/> Carretera 6 <input type="checkbox"/> Otro				
Nombre de Vía				
N° de puerta		Block	Piso	Interior
Manzana	Lote	Km.	Teléfono	
10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA				11. HOGAR
Sr(a): Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.				¿CUÁNTOS HOGARES OCUPAN ESTA VIVIENDA? →
12. NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA 1 DEL HOGAR				
13. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN				
VISITA	ENCUESTADOR		SUPERVISOR	
	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO	RESULTADO DE LA VISITA (*)
PRIMERA	d d m m	DE h h m m A	h h m m	
SEGUNDA	d d m m	DE h h m m A	h h m m	
TERCERA	d d m m	DE h h m m A	h h m m	
CUARTA	d d m m	DE h h m m A	h h m m	
QUINTA	d d m m	DE h h m m A	h h m m	
14. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA				(*) CÓDIGOS DE RESULTADO
FECHA		RESULTADO (*)	1. Completa 3. Rechazo 5. No se inició la entrevista 7. Otro (especifique) 2. Incompleta 4. Ausente 6. Vivienda desocupada (especifique)	
15. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA				
APELLIDO PATERNO		DNI DEL ENCUESTADOR(A)	APELLIDO PATERNO	
DNI DEL ENCUESTADOR(A)		DNI DEL SUPERVISOR(A)		
16. TOTAL DE RESIDENTES HABITUALES EN EL CAPÍTULO 200		PERSONA N° : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>		

Informante N° **200. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR**

201. N° de orden	202. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y DE LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ 6 MESES O MÁS? (NO OLVIDE REGISTRAR A LAS PERSONAS AUSENTES O RECIENTE NACIDOS)	203. ¿CUÁL ES LA RELACION DE PARENTESCO CON (Persona 1)? <small>Persona 1 1 Esposo(a) 2 Hijo(a) / hijastro(a) ... 3 Yerno / nuera 4 Nieto(a) 5 Padre / madre 6 Suegro(a) 7 Hermano(a) 8 Cuñado(a) 9 Otro pariente 10 Trabajador(a) del hogar 11 Pensionista 12 Otro no pariente 13</small>	204. ¿ESTÁ AUSENTE DEL HOGAR 6 MESES O MÁS?	205. SEXO	206. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? <small>(Si es menor de 1 año, anote la edad sólo en el recuadro "Meses")</small>
01	NOMBRE APELLIDO	0 1	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
02	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
03	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
04	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
05	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
06	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
07	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
08	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
09	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
10	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
11	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
12	NOMBRE APELLIDO	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 No marque así
 Rellene así

Encuestador: Tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
 a) Si en la P. 204 está circulado el código 1 (SÍ), para esta persona sólo complete el capítulo 200.
 b) Si en la P. 204 está circulado el código 2 (NO), continúe con la entrevista para esta persona.

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

1. Algún profesor?	N° de Días <input type="text"/>	No sabe <input type="radio"/>
2. Ud. / el propio estudiante?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Conviviente?
 2. Separado(a)?
 3. Casado(a)?
 4. Viudo(a)?
 5. Divorciado(a)?
 6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Quechua?
 2. Aymara?
 3. De la Amazonia?
 4. Negro/mulato/zambo?
 5. Blanco?
 6. Mestizo?
 7. Otro? (especifique)

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED?
(Rellene sólo un óvalo)

1. Católica
 2. Evangélica
 3. Adventista
 4. Mormona
 5. Testigo de Jehová
 6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
 7. Otra (especifique)
 8. No profesa
 9. No contesta (se reserva)

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE:
(MES ANTERIOR)

1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes (en la calle, local público, centro de trabajo, etc.)? 1. Sí 2. No
 2. Agresión o robo de pandillas? 1. Sí 2. No
 3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo? 1. Sí 2. No
 4. Secuestro? 1. Sí 2. No
 5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No
 6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No
 7. Otro? (especifique) 1. Sí 2. No

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)? 1. Sí 2. No
 2. Tabaco/cigarrillo? 1. Sí 2. No

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

1. Ha corregido a un menor con castigo físico? 1. Sí 2. No
 2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca? 1. Sí 2. No

418A. ¿Usó sólo sus puños?
 1. Sí
 2. No

Si en la alternativa 2, relleno el óvalo 1 (SI):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL

1. Ninguno → Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país?
 TOTAL

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES

AÑO

300. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DEL HOGAR

301. ¿QUÉ PERSONA ASUME LA MAYOR PARTE DE LOS GASTOS DEL HOGAR?

PERSONA N°: NOMBRE: 1. Otra persona fuera del hogar

302. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE A, ¿ALGUNA PERSONA QUE VIVÍA PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR FALLECIÓ (INCLUYA RECIÉN NACIDOS Y ANCIANOS)?

1. Sí
 2. No → Pase a 304

303. DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE FALLECIERON, DÍGAME:

(303A) N° DE PERSONAS	(303B) ¿QUÉ SEXO TENÍA?	(303C) ¿QUÉ EDAD TENÍA? <small>(Si es menor de 1 año, anote la edad sólo en el recuadro "Meses")</small>	(303D) ¿CUÁL FUE LA CAUSA DE SU FALLECIMIENTO? (Rellene sólo un óvalo para cada persona)
Persona 1	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Meses <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1. <input type="radio"/> Enfermedad infecto contagiosa..... 1 2. <input type="radio"/> Enfermedad crónica 2 3. <input type="radio"/> Complicaciones en el embarazo / aborto / parto / post parto 3 4. <input type="radio"/> Homicidio o suicidio..... 4 5. <input type="radio"/> Accidente..... 5 6. <input type="radio"/> Otra causa (especifique) 6
Persona 2	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Meses <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1. <input type="radio"/> 1 2. <input type="radio"/> 2 3. <input type="radio"/> 3 4. <input type="radio"/> 4 5. <input type="radio"/> 5 6. <input type="radio"/> → <input style="width: 150px;" type="text"/>
Persona 3	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Meses <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1. <input type="radio"/> 1 2. <input type="radio"/> 2 3. <input type="radio"/> 3 4. <input type="radio"/> 4 5. <input type="radio"/> 5 6. <input type="radio"/> → <input style="width: 150px;" type="text"/>
Persona 4	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Meses <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1. <input type="radio"/> 1 2. <input type="radio"/> 2 3. <input type="radio"/> 3 4. <input type="radio"/> 4 5. <input type="radio"/> 5 6. <input type="radio"/> → <input style="width: 150px;" type="text"/>
Persona 5	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Meses <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1. <input type="radio"/> 1 2. <input type="radio"/> 2 3. <input type="radio"/> 3 4. <input type="radio"/> 4 5. <input type="radio"/> 5 6. <input type="radio"/> → <input style="width: 150px;" type="text"/>
Persona 6	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Meses <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	1. <input type="radio"/> 1 2. <input type="radio"/> 2 3. <input type="radio"/> 3 4. <input type="radio"/> 4 5. <input type="radio"/> 5 6. <input type="radio"/> → <input style="width: 150px;" type="text"/>

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 No marque así:
 Rellene así:

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS DE EDAD

422. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿UD. TRABAJÓ (sin contar los quehaceres del hogar)?

1. Sí → Pase a 426
 2. No

423. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

1. Sí → Pase a 426
 2. No

424. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

1. Sí → Pase a 426
 2. No

425. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 2. Ofreciendo algún servicio? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 3. Haciendo algo en casa para vender? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 4. Vendiendo productos de belleza, ropa, etc.? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 5. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 6. Trabajando para un hogar particular? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 7. Fabricando algún producto? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 8. Realizando labores en la chacra o cuidado de animales? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 9. Ayudando a un familiar sin remuneración? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 10. Realizando alguna labor artesanal para vender? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 11. Otra actividad similar? (especifique) | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |

--

(A) ENCUESTADOR: Verifique pregunta 425.

Si todas las alternativas tienen relleno el código 2 → Concluya la entrevista con esta persona

Si alguna alternativa tiene relleno el código 1 → Continúe con 426

OCUPADOS

426. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑO?

--

427. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

--

428. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. ¿Empleador o patrono?
 2. ¿Trabajador independiente?
 3. ¿Empleado?
 4. ¿Obrero?
 5. ¿Trabajador familiar no remunerado?
 6. ¿Trabajador del hogar?
 7. ¿Otro? (especifique) →

--

429. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, NEGOCIO O EMPRESA INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. 1 persona?
 2. 2 personas?
 3. 3 personas?
 4. 4 personas?
 5. De 5 a 7 personas?
 6. De 8 a 10 personas?
 7. De 11 a 100 personas?
 8. De 100 a más personas?
- ↓
¿N° de personas?

430. ¿DESDE QUÉ FECHA TRABAJA UD. EN ESTA OCUPACIÓN PRINCIPAL?

/ /
 Día Mes Año

431. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN TODAS SUS OCUPACIONES?
(Incluya ocupación principal y secundarias)

<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Dom.	Lun.	Mar.	Miér.
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Jue.	Vie.	Sab.	TOTAL

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS
 Rellene así No marque así

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

	N° de Días	No sabe
1. Algún profesor?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. Ud. / el propio estudiante?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES:
 (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Conviviente?
- 2. Separado(a)?
- 3. Casado(a)?
- 4. Viudo(a)?
- 5. Divorciado(a)?
- 6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:
 (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Quechua?
- 2. Aymara?
- 3. De la Amazonía?
- 4. Negro/mulato/zambo?
- 5. Blanco?
- 6. Mestizo?
- 7. Otro? (especifique)

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED?
 (Rellene sólo un óvalo)

- 1. Católica
- 2. Evangélica
- 3. Adventista
- 4. Mormona
- 5. Testigo de Jehová
- 6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
- 7. Otra (especifique)

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 8. No profesa
- 9. No contesta (se reserva)

5

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE:
 (MES ANTERIOR)

- 1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes (en la calle, local público, centro de trabajo, etc.)? 1. Sí 2. No
- 2. Agresión o robo de pandillas? 1. Sí 2. No
- 3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo? 1. Sí 2. No
- 4. Secuestro? 1. Sí 2. No
- 5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No
- 6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No
- 7. Otro? (especifique)

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

- 1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)? 1. Sí 2. No
- 2. Tabaco/cigarrillo? 1. Sí 2. No

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

- 1. Ha corregido a un menor con castigo físico? 1. Sí 2. No
- 2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca? 1. Sí 2. No

418A. ¿Usó sólo sus puños?

- 1. Sí
- 2. No

Sí en la alternativa 2, rellene el óvalo 1 (SI):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL

- 1. Ninguno → Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país?

TOTAL

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES

AÑO

304. EN EL MES DE ¿UD. O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR HA SIDO VÍCTIMA DE:
 (MES ANTERIOR)

- 1. Robo en su vivienda? 1. Sí 2. No
- 2. Daños en su vivienda por pandillas? 1. Sí 2. No
- 3. Asalto o robo de vehículo (autopartes, equipo de música, etc.)? 1. Sí 2. No
- 4. Robo en algún negocio propio (bodega, taller, etc.)? 1. Sí 2. No
- 5. Robo de animales (vacas, cerdos, carneros, cabras, llamas, aves de corral, etc.)? 1. Sí 2. No
- 6. Robo de semillas, cosecha, etc.? 1. Sí 2. No
- 7. Otro? (especifique)

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

¿CÓMO SE LLEGA DESDE SU VIVIENDA A LA:	(305)			(306)		
	¿CUÁNTO DEMORA? (Anote la información sólo en una columna)					
Locomoción humana (a pie)..... 1						
Locomoción animal (acémila)..... 2						
Locomoción mecanizada menor (bicicleta, triciclo, moto, bote, mototaxi)..... 3						
Locomoción mecanizada mayor propia (auto, camioneta, etc.)..... 4						
Locomoción mecanizada mayor pública (camioneta rural, ómnibus, lancha, etc.)..... 5						
No sabe..... 6						
1. Escuela primaria estatal más cercana? 1. <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Escuela secundaria estatal más cercana? 1. <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Establecimiento de salud estatal más cercano (posta, clínica, hospital, etc.)? 1. <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Comisaría o puesto policial más cercano? 1. <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. RENIEC?..... 1. <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Municipalidad? 1. <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 3. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

307. ¿CUÁNTAS PERSONAS QUE PERTENECÍAN A ESTE HOGAR, ESTÁN VIVIENDO PERMANENTEMENTE EN OTRA PROVINCIA O PAÍS?

N° de Personas

- 1. Ninguna → Pase a 309

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS
 Rellene así No marque así

308. DE CADA UNA DE ESTAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN OTRA PROVINCIA O PAÍS, DÍGAME:

(308A) N° DE PERSONAS	(308B) ¿QUÉ SEXO TIENE?	(308C) ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE FUE?	(308D) ¿A QUÉ LUGAR SE FUE? (Si se fue al extranjero anote sólo el nombre del país en los casilleros respectivos)	(308E) ¿EN QUÉ AÑO SE FUE?	(308F) ¿ESTA PERSONA ENVÍA DINERO CADA CIERTO TIEMPO A ESTE HOGAR?
Persona 1	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No
Persona 2	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No
Persona 3	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No
Persona 4	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No
Persona 5	1. <input type="radio"/> Hombre 2. <input type="radio"/> Mujer	Años <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Sí 2. <input type="radio"/> No

309. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, DE A, ¿UD. O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR, RECIBIÓ DINERO CADA CIERTO TIEMPO, DE UN PARIENTE O AMIGO PERUANO QUE VIVE EN OTRO PAÍS (No incluya a las personas que vivían permanentemente en este hogar)?

1. Sí 2. No

310. EN EL MES DE ¿UD. O ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR UTILIZÓ:
(MES ANTERIOR)

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Periódicos o revistas? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 2. Radio en su vivienda? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 3. Radio de la comunidad? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 4. Televisión en su vivienda? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 5. Televisión de la comunidad? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 6. Teléfono fijo en su vivienda? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 7. Teléfono público? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 8. Teléfono celular? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 9. Internet en su vivienda? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 10. Internet en cabina pública? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |

400. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

PERSONA N° NOMBRE : INFORMANTE N°

PARA TODAS LAS PERSONAS

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?
(Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, depresión, etc.)

1. Sí
2. No

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):
(Lea cada alternativa y rellene uno o más óvalos)

- Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)?
- Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?
- Recaída de enfermedad crónica?
- Accidente?
- No tuvo enfermedad, síntoma, recaída o accidente? → Pase a 404

403. ¿POR ESTE(A) ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

1. Sí
2. No

404. ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN QUE DURE 6 MESES O MÁS PARA:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Ver, aún usando lentes o anteojos? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 2. Oír, aún usando audifonos? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 3. Hablar? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 4. Usar brazos y manos / manipular? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 5. Usar piernas y pies / caminar y usar escaleras? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 6. Entender / aprender (concentrarse y recordar)? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 7. Comunicarse, entender a otros o que otros lo entiendan a usted? | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |
| 8. Alguna otra dificultad o limitación? (especifique) | 1. <input type="radio"/> Sí | 2. <input type="radio"/> No |

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

405. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE APRENDIÓ A HABLAR EN SU NIÑEZ:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- Quechua?
- Aymara?
- Asháninka?
- Aguaruna?
- Shipibo - conibo?
- Otra lengua nativa? (especifique) →

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- Castellano?
- Inglés?
- Portugués?
- Otra lengua extranjera? (especifique) →

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

11. Es sordomudo/a

406. EN EL MES DE ¿UD. HA REALIZADO ALGÚN VIAJE QUE HAYA DURADO MÁS DE UN DÍA:
(MES ANTERIOR)

- Dentro del país? 1. Sí 2. No 3. No sabe
- Fuera del país? 1. Sí 2. No 3. No sabe

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD

407. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

1. Sí
2. No

408. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS
1. Sin nivel			
2. Educación inicial			1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
3. Prim. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
4. Prim. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
5. Secun. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
6. Secun. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
7. Sup. no univ. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
8. Sup. no univ. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
9. Sup. univ. incompleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
10. Sup. univ. completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal

409. ESTE AÑO, ¿ESTÁ MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

1. Sí
2. No → Pase a 413

410. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

1. Sí
2. No → Pase a 413

411. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?

	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS
1. Educación inicial			1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
2. Primaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
3. Secundaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
4. Sup. no universitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal
5. Sup. universitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="radio"/> Estatal 2. <input type="radio"/> No Estatal

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRINTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS DE EDAD

422. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿UD. TRABAJÓ (sin contar los quehaceres del hogar)?

- 1. Sí -> Pase a 426
2. No

423. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

- 1. Sí -> Pase a 426
2. No

424. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

- 1. Sí -> Pase a 426
2. No

425. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

- 1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?
2. Ofreciendo algún servicio?
3. Haciendo algo en casa para vender?
4. Vendiendo productos de belleza, ropa, etc.?
5. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?
6. Trabajando para un hogar particular?
7. Fabricando algún producto?
8. Realizando labores en la chacra o cuidado de animales?
9. Ayudando a un familiar sin remuneración?
10. Realizando alguna labor artesanal para vender?
11. Otra actividad similar? (especifique)

Grid for recording responses to question 425.

ENCUESTADOR: Verifique pregunta 425.

Si todas las alternativas tienen relleno el código 2 -> Concluya la entrevista con esta persona

Si alguna alternativa tiene relleno el código 1 -> Continúe con 426

OCUPADOS

426. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑO?

Grid for recording occupation data.

427. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

Grid for recording business details.

428. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

- 1. Empleado o patrono?
2. Trabajador independiente?
3. Empleado?
4. Obrero?
5. Trabajador familiar no remunerado?
6. Trabajador del hogar?
7. Otro? (especifique)

Grid for recording occupation details.

429. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, NEGOCIO O EMPRESA INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:

- 1. 1 persona?
2. 2 personas?
3. 3 personas?
4. 4 personas?
5. De 5 a 7 personas?
6. De 8 a 10 personas?
7. De 11 a 100 personas?
8. De 100 a más personas?

Grid for recording number of people.

430. ¿DESDE QUÉ FECHA TRABAJA UD. EN ESTA OCUPACIÓN PRINCIPAL?

Grid for recording start date.

431. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN TODAS SUS OCUPACIONES?

Grid for recording hours worked.

400. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

PERSONA N° ... NOMBRE : ... INFORMANTE N° ...

PARA TODAS LAS PERSONAS

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?

(Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, depresión, etc.)

- 1. Sí
2. No

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):

- 1. Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)?
2. Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?
3. Recaída de enfermedad crónica?
4. Accidente?
5. No tuvo enfermedad, síntoma, recaída o accidente? -> Pase a 404

403. ¿POR ESTE(A) ... ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- 1. Sí
2. No

404. ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN QUE DURE 6 MESES O MÁS PARA:

- 1. Ver, aún usando lentes o anteojos?
2. Oír, aún usando audífonos?
3. Hablar?
4. Usar brazos y manos / manipular?
5. Usar piernas y pies / caminar y usar escaleras?
6. Entender / aprender (concentrarse y recordar)?
7. Comunicarse, entender a otros o que otros lo entiendan a usted?
8. Alguna otra dificultad o limitación? (especifique)

Grid for recording difficulties.

405. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE APRENDIÓ A HABLAR EN SU NIÑEZ:

- 1. Quechua?
2. Aymara?
3. Asháninka?
4. Aguaruna?
5. Shipibo - conibo?
6. Otra lengua nativa? (especifique)

- 7. Castellano?
8. Inglés?
9. Portugués?
10. Otra lengua extranjera? (especifique)

11. Es sordomudo/a

406. EN EL MES DE ... (MES ANTERIOR) ¿UD. HA REALIZADO ALGÚN VIAJE QUE HAYA DURADO MÁS DE UN DÍA:

- 1. Dentro del país?
2. Fuera del país?

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD

407. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

- 1. Sí
2. No

408. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

- 1. Sin nivel
2. Educación inicial
3. Prim. incompleta
4. Prim. completa
5. Secun. incompleta
6. Secun. completa
7. Sup. no univ. incompleta
8. Sup. no univ. completa
9. Sup. univ. incompleta
10. Sup. univ. completa

409. ESTE AÑO, ¿ESTÁ MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- 1. Sí
2. No -> Pase a 413

410. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- 1. Sí
2. No -> Pase a 413

411. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?

- 1. Educación inicial
2. Primaria
3. Secundaria
4. Sup. no universitaria
5. Sup. universitaria

400. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

PERSONA Nº [][] NOMBRE : [][][][][][][][][][][][][][][][] INFORMANTE Nº [][]

PARA TODAS LAS PERSONAS

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, depresión, etc.)

- 1. Sí
2. No

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Lea cada alternativa y rellene uno o más óvalos)

- 1. Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)?
2. Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?
3. Recaída de enfermedad crónica?
4. Accidente?
5. No tuvo enfermedad, síntoma, recaída o accidente? Pase a 404

403. ¿POR ESTE(A) ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- 1. Sí
2. No

404. ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN QUE DURE 6 MESES O MÁS PARA:

- 1. Ver, aún usando lentes o anteojos?
2. Oír, aún usando audífonos?
3. Hablar?
4. Usar brazos y manos / manipular?
5. Usar piernas y pies / caminar y usar escaleras?
6. Entender / aprender (concentrarse y recordar)?
7. Comunicarse, entender a otros o que otros lo entiendan a usted?
8. Alguna otra dificultad o limitación? (especifique)

[][][][][][][][][][][][][][][][]

405. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE APRENDIÓ A HABLAR EN SU NIÑEZ: (Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

- 1. Quechua?
2. Aymara?
3. Asháninka?
4. Aguaruna?
5. Shipibo - conibo?
6. Otra lengua nativa? (especifique)

[][][][][][][][][][][][][][][][]

- 7. Castellano?
8. Inglés?
9. Portugués?

10. Otra lengua extranjera? (especifique)

[][][][][][][][][][][][][][][][]

- 11. Es sordomudo/a

406. EN EL MES DE [] (MES ANTERIOR) ¿UD. HA REALIZADO ALGÚN VIAJE QUE HAYA DURADO MÁS DE UN DÍA:

- 1. Dentro del país? 1. Sí 2. No 3. No sabe
2. Fuera del país? 1. Sí 2. No 3. No sabe

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD

407. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

- 1. Sí
2. No

408. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

- 1. Sin nivel
2. Educación inicial
3. Prim. incompleta
4. Prim. completa
5. Secun. incompleta
6. Secun. completa
7. Sup. no univ. incompleta
8. Sup. no univ. completa
9. Sup. univ. incompleta
10. Sup. univ. completa

409. ESTE AÑO, ¿ESTÁ MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- 1. Sí
2. No Pase a 413

410. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- 1. Sí
2. No Pase a 413

411. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?

- 1. Educación inicial
2. Primaria
3. Secundaria
4. Sup. no universitaria
5. Sup. universitaria

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS DE EDAD

422. LA SEMANA PASADA, DEL [] AL [], ¿UD. TRABAJÓ (sin contar los quehaceres del hogar)?

- 1. Sí Pase a 426
2. No

423. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

- 1. Sí Pase a 426
2. No

424. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

- 1. Sí Pase a 426
2. No

425. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

- 1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?
2. Ofreciendo algún servicio?
3. Haciendo algo en casa para vender?
4. Vendiendo productos de belleza, ropa, etc.?
5. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?
6. Trabajando para un hogar particular?
7. Fabricando algún producto?
8. Realizando labores en la chacra o cuidado de animales?
9. Ayudando a un familiar sin remuneración?
10. Realizando alguna labor artesanal para vender?
11. Otra actividad similar? (especifique)

[][][][][][][][][][][][][][][][]

A. ENCUESTADOR: Verifique pregunta 425.

Si todas las alternativas tienen relleno el código 2 Concluya la entrevista con esta persona
Si alguna alternativa tiene relleno el código 1 Continúe con 426

OCUPADOS

426. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑO?

[][][][][][][][][][][][][][][][]

427. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

[][][][][][][][][][][][][][][][]

428. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

- 1. Empleador o patrono?
2. Trabajador independiente?
3. Empleado?
4. Obrero?
5. Trabajador familiar no remunerado?
6. Trabajador del hogar?
7. Otro? (especifique)

[][][][][][][][][][][][][][][][]

429. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, NEGOCIO O EMPRESA INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:

- 1. 1 persona?
2. 2 personas?
3. 3 personas?
4. 4 personas?
5. De 5 a 7 personas?
6. De 8 a 10 personas?
7. De 11 a 100 personas?
8. De 100 a más personas?

[][][][][] ¿Nº de personas?

430. ¿DESDE QUÉ FECHA TRABAJA UD. EN ESTA OCUPACIÓN PRINCIPAL?

[][][] Día [][][] Mes [][][][] Año

431. LA SEMANA PASADA, DEL [] AL [], ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN TODAS SUS OCUPACIONES? (Incluya ocupación principal y secundarias)

[][][] Dom. [][][] Lun. [][][] Mar. [][][] Miér.

[][][] Jue. [][][] Vie. [][][] Sab. [][][] TOTAL

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS

2

3

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA. NO ACENTÚE LAS PALABRAS. BORRE CON CUIDADO. NO SOBREPASE LAS CASILLAS

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

	N° de Días	No sabe
1. Algún profesor?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. Ud. / el propio estudiante?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Conviviente?
2. Separado(a)?
3. Casado(a)?
4. Viudo(a)?
5. Divorciado(a)?
6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Quechua?
2. Aymara?
3. De la Amazonia?
4. Negro/mulato/zambo?
5. Blanco?
6. Mestizo?
7. Otro? (especifique) →

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED?
(Rellene sólo un óvalo)

1. Católica
2. Evangélica
3. Adventista
4. Mormona
5. Testigo de Jehová
6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
7. Otra (especifique) →

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8. No profesa
9. No contesta (se reserva)

3

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE:
(MES ANTERIOR)

1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes (en la calle, local público, centro de trabajo, etc.)? 1. Sí 2. No

2. Agresión o robo de pandillas? 1. Sí 2. No

3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo? 1. Sí 2. No

4. Secuestro? 1. Sí 2. No

5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No

6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No

7. Otro? (especifique) 1. Sí 2. No

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)? 1. Sí 2. No

2. Tabaco/cigarrillo? 1. Sí 2. No

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

1. Ha corregido a un menor con castigo físico? 1. Sí 2. No

2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca? 1. Sí 2. No

418A. ¿Usó sólo sus puños?
1. Sí
2. No

Si en la alternativa 2, rellene el óvalo 1 (Si):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL |

1. Ninguno → Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL |

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país?

TOTAL |

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES |

AÑO | | |

PARA PERSONAS QUE ASISTEN A UN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR DE PRIMARIA O SECUNDARIA

412. ¿CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA, DEL AL FALTÓ A CLASES:

	N° de Días	No sabe
1. Algún profesor?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. Ud. / el propio estudiante?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD

413. ¿SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL ES:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Conviviente?
2. Separado(a)?
3. Casado(a)?
4. Viudo(a)?
5. Divorciado(a)?
6. Soltero(a)?

414. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:
(Lea cada alternativa y rellene sólo un óvalo)

1. Quechua?
2. Aymara?
3. De la Amazonia?
4. Negro/mulato/zambo?
5. Blanco?
6. Mestizo?
7. Otro? (especifique) →

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

415. ¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA USTED?
(Rellene sólo un óvalo)

1. Católica
2. Evangélica
3. Adventista
4. Mormona
5. Testigo de Jehová
6. Misión Israelita del Nuevo Mundo
7. Otra (especifique) →

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8. No profesa
9. No contesta (se reserva)

2

416. EN EL MES DE ¿UD. HA SIDO VÍCTIMA DE:
(MES ANTERIOR)

1. Asalto o robo de pertenencias fuera de su vivienda por delincuentes comunes (en la calle, local público, centro de trabajo, etc.)? 1. Sí 2. No

2. Agresión o robo de pandillas? 1. Sí 2. No

3. Agresión física o verbal por parte de la Policía o Serenazgo? 1. Sí 2. No

4. Secuestro? 1. Sí 2. No

5. Agresión o violencia sexual dentro del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No

6. Agresión o violencia sexual fuera del hogar (palabras obscenas, manoseos, intento o violación)? 1. Sí 2. No

7. Otro? (especifique) 1. Sí 2. No

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

417. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿UD. HA CONSUMIDO AL MENOS UNA VEZ:

1. Bebida alcohólica (cerveza, pisco, ron, aguardiente, vino, etc.)? 1. Sí 2. No

2. Tabaco/cigarrillo? 1. Sí 2. No

418. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿POR LO MENOS UNA VEZ:

1. Ha corregido a un menor con castigo físico? 1. Sí 2. No

2. Ha participado en una pelea, bronca o gresca? 1. Sí 2. No

418A. ¿Usó sólo sus puños?
1. Sí
2. No

Si en la alternativa 2, rellene el óvalo 1 (Si):

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

419. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL?

TOTAL |

1. Ninguno → Pase a 422

420. ¿CUÁNTOS DE SUS HIJOS E HIJAS ESTÁN ACTUALMENTE VIVOS?

TOTAL |

420A. De estos hijos, ¿Cuántos viven permanentemente fuera del país?

TOTAL |

421. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

MES |

AÑO | | |

