



## ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE VIDA

VENEZUELA 2017

No. CONTROL 1:

## IDENTIFICACIÓN

ESTADO:		ENCUESTADOR:	
MUNICIPIO:		SUPERVISOR:	
PARROQUIA:		FECHA:	
CIUDAD:		HORA DE INICIO:	
URB./BARRIO/LOCALIDAD:		REGIÓN:	

Buenos días (tardes). Estamos realizando una investigación sobre las Condiciones de Vida de la Población Venezolana desarrollada por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), la Universidad Central de Venezuela (UCV) y la Universidad Simón Bolívar (USB).  
 ¿Puede permitirnos unos minutos de su tiempo? La información que nos proporcione es confidencial y se utilizará solamente para analizar los problemas que afectan a la población venezolana. Su opinión es importante para nosotros.  
 ¡Gracias por su colaboración!

## MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS

TOME LOS DATOS SOBRE EL PESO, TALLA, CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA Y BRAQUIAL DEL (OS) NIÑO (S) DE HASTA 5 AÑOS (DE 0 A 59 MESES DE EDAD)

N° LÍN.	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			PESO	TALLA	CIRCUNFERENCIA	
		DÍA	MES	AÑO			CEFÁLICA	BRAQUIAL

## VIVIENDA Y SUS SERVICIOS

DE P1 A P4 POR OBSERVACIÓN DEL ENTREVISTADOR

<b>1. EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO ES:</b> 1. Mosaico, granito, vinil, ladrillo, cerámica, terracota, parquet y similares 2. Cemento 3. Tierra 4. Tablas 5. Otros		<b>2. EL MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES ES:</b> 1. Bloque, ladrillo frisado 2. Bloque, ladrillo sin frisar 3. Concreto 4. Madera aserrada 5. Bloque de policloruro de vinilo 6. Adobe, tapia o bahareque frisado 7. Adobe, tapia o bahareque sin frisar 8. Otros (láminas de zinc, cartón, tablas, troncos, piedra, palma, similares)		<b>INICIO DE LA ENTREVISTA</b>
<b>3. EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO ES:</b> 1. Platabanda (concreto o tablonés) 2. Tejas o similar 3. Lámina asfáltica 4. Láminas metálicas (Zinc, aluminio y similares) 5. Materiales de desechos (tablón, tablas o similares, palma)		<b>4. EL TIPO DE VIVIENDA ES:</b> 1. Casa Quinta 2. Casa 3. Apto en edificio 4. Anexo en casaquinta 5. Vivienda rústica (rancho) 6. Habitación en vivienda o local de trabajo 7. Rancho campesino		
<b>5. ¿A ESTA VIVIENDA EL AGUA LLEGA NORMALMENTE POR:</b> 1. Acueducto? 2. Pila o estanque? 3. Camión cisterna? 4. Pozo con bomba? 5. Pozo protegido? 6. Otros medios?	<b>6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LLEGA EL AGUA NORMALMENTE A ESTA VIVIENDA?</b> 1. Todos los días 2. Algunos días de la semana 3. Una vez por semana 4. Una vez cada 15 días 5. Nunca	<b>7. ¿EN ESTA VIVIENDA EL SERVICIO ELÉCTRICO SE INTERRUMPE:</b> 1. Diariamente por varias horas? 2. Alguna vez a la semana por varias horas? 3. Alguna vez al mes? 4. Nunca se interrumpe? 5. No tiene servicio eléctrico?	<b>8. ¿ESTA VIVIENDA TIENE:</b> 1. Poceta a cloaca? 2. Pozo séptico? 3. Poceta sin conexión (tubo)? 4. Excusado de hoyo o letrina? 5. No tiene poceta o excusado?	

## DETERMINACIÓN DE LOS HOGARES

<b>9. ¿CUÁNTAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED COMEN DEL MISMO MERCADO?</b> N° de personas	<b>10. ¿CUÁNTOS CUARTOS SON UTILIZADOS EXCLUSIVAMENTE PARA DORMIR POR PARTE DE LAS PERSONAS DE ESTE HOGAR?</b> N° de cuartos	<b>11. ¿ESTE HOGAR TIENE USO EXCLUSIVO DE BAÑO CON DUCHA O REGADERA?</b> 1. Sí 2. No → <b>Pase a p. 13</b>	<b>12. ¿CUÁNTOS BAÑOS?</b> N° de baños	<b>13. ¿CUÁNTOS CARROS DE USO FAMILIAR TIENE ESTE HOGAR?</b> Si no posee, coloque "0" (cero) N° de vehículos
--	---	--	---	--

<b>14. ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ARTEFACTOS DOMÉSTICOS O SERVICIOS POSEE ESTE HOGAR?</b> Circule la respuesta que corresponda en todas las opciones						<b>15. ¿PARA ESTE HOGAR LA VIVIENDA ES:</b> 1. Propia pagada? 2. Propia pagándose? 3. Alquilada? 4. Prestada? 5. Invadida? 6. De algún programa del gobierno? (con título de propiedad) 7. De algún programa del gobierno? (sin título de propiedad) 8. Otra? Especifique: _____ 99. NS/NR					
Electrodoméstico		SÍ	NO	Electrodoméstico		SÍ	NO				
1. Nevera		1	2	7. Cocina eléctrica/gas directo		1	2				
2. Lavadora		1	2	8. Radio		1	2				
3. Secadora		1	2	9. Calentador		1	2				
4. Computadora		1	2	10. Aire acondicionado		1	2				
5. Internet		1	2	11. TV por cable		1	2				
6. Televisor		1	2	12. Horno microonda		1	2				

**CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

16. ¿QUIÉN ES EL JEFE DE ESTE HOGAR?

ESCRIBA EL NOMBRE:



*Anote en la línea no. 1 al jefe del hogar*

*Anote el nombre y apellido de todos los residentes de este hogar. No olvide registrar a los ancianos y los recién nacidos*

*Si el total de personas en la composición del hogar no coincide con el no. De personas en la pregunta 9, ahondar con el entrevistado para verificar que se incluyeron todos los residentes y que no falta o sobra nadie*

*Verifique el total de personas en p.9 y coloque el número de personas declarado*

*Si no coincide asegúrese que incluyó a todos los residentes y que no falta o sobra alguien*

17. ¿CUÁL ES EL PARENTESCO DE... CON EL JEFE DE HOGAR?

1. Jefe (a)
2. Esposa (o)
3. Hijo (a)
4. Hijastro (a)
5. Nieto (a)
6. Yerno, nuera, suegro (a)
7. Padre, madre
8. Hermano (a)
9. Cuñado (a)
10. Sobrino (a)
11. Otro pariente
12. No pariente
13. Servicio doméstico

*Anote sólo el código*

18. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE...?

*Si tiene menos de 1 año, coloque 0 (cero)*

19. EL SEXO DE... ES:

1. Masculino
2. Femenino

20. ¿VIVE LA MADRE DE... EN ESTE HOGAR?

1. Sí
2. No

*Escriba el número de línea si la madre vive en el hogar*

21. ¿VIVE EL PADRE DE... EN ESTE HOGAR?

1. Sí
2. No

*Escriba el número de línea si la madre vive en el hogar*

NÚMERO DE LÍNEA

NOMBRE Y APELLIDO

PARENT.

EDAD

SEXO

MAD.

LÍN.

PAD.

LÍN.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

N Ú M E R O  D E  L Í N E A	CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR					SALUD								
	22. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN CONYUGAL DE...?			24. ¿POR QUÉ RAZÓN... NO VIVE PERMANENTEMENTE CON SU CÓNYUGE O PAREJA?		25. ¿ESTÁ AFILIADO... A ALGÚN SEGURO MÉDICO?				26. ¿CUÁNTOS HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TOTAL...?				
	SITUACIÓN	MESES	AÑOS	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO				TOTAL	VIVOS			
1						1	2	3	4	5	6	99		
2						1	2	3	4	5	6	99		
3						1	2	3	4	5	6	99		
4						1	2	3	4	5	6	99		
5						1	2	3	4	5	6	99		
6						1	2	3	4	5	6	99		
7						1	2	3	4	5	6	99		
8						1	2	3	4	5	6	99		
9						1	2	3	4	5	6	99		
10						1	2	3	4	5	6	99		
11						1	2	3	4	5	6	99		
12						1	2	3	4	5	6	99		
13						1	2	3	4	5	6	99		
14						1	2	3	4	5	6	99		

EDUCACIÓN																				
N Ú M E R O  D E  L Í N E A	28. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO POR... Y DE CUÁL NIVEL EDUCATIVO?			29. ¿ASISTE... REGULARMENTE A UN CENTRO EDUCATIVO COMO ESTUDIANTE?		31. ¿CUÁL FUE LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE... DEJÓ LOS ESTUDIOS?			32. ¿EL CENTRO DE EDUCACIÓN DONDE ESTUDIA... ES:		33. ¿ALGUNA VEZ... DEJA DE ASISTIR AL CENTRO DONDE ESTUDIA REGULARMENTE POR:									
	NIV.	AÑO	SEM.	CÓDIGO	EDAD	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO					
1											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
2											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
3											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
4											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
5											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
6											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
7											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
8											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
9											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
10											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
11											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
12											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
13											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
14											1	2	3	4	5	6	7	8	9	99

N Ú M E R O	EDUCACIÓN		TRABAJO				
	INASISTENCIA	PAE	CÓDIGO	OFERTA	DILIGENCIAS	CÓD.	ESPECIFIQUE
D E L Í N E A	<b>34. ¿CONSIDERA USTED QUE... HA DEJADO DE IR AL CENTRO DE ENSEÑANZA POR FALTA DE COMIDA (PORQUE NO TENÍA QUE COMER):</b> 1. Muchas veces? 2. A veces? 3. Nunca? 99. NS/NR		<b>36. LA SEMANA PASADA, ¿... ESTABA:</b> 1. Trabajando? 2. No trabajó, pero tiene trabajo? } <i>Pase a p. 40</i> 3. Buscando trabajo por primera vez? 4. Buscando trabajo habiendo trabajado antes? 5. En quehaceres del hogar? 6. Incapacitado? 7. Otra situación				
	<b>35. EN EL CENTRO EDUCATIVO DONDE ASISTE... ¿FUNCIONA EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR (PAE)?</b> <i>Solo si respondió p. 29=1 y opciones 2, 3 ó 4 en p. 28</i> 1. Todos los días 2. Solo algunos días 3. Ahora no existe pero antes funcionaba 4. Existe pero nunca ha funcionado 5. Nunca ha existido 99. NS/NR		<b>37. SI DURANTE LA SEMANA PASADA LE HUBIERAN OFRECIDO A... UN TRABAJO, ¿ESTARÍA DISPUESTO A COMENZAR A TRABAJAR DE INMEDIATO?</b> <i>Sólo si respondió opciones 3, 4, 5, 6 ó 7 en p. 36</i> 1. Sí 2. No 99. NS/NR } <i>Pase a p. 39</i> <b>38. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE... HIZO DILIGENCIAS PARA BUSCAR TRABAJO?</b> 1. Uno a tres meses 2. Cuatro a seis meses 3. Siete a doce meses 4. Más de doce meses 5. No hizo diligencias 99. NS/NR				
		<b>39. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE CREE QUE... NO HA CONSEGUIDO TRABAJO?</b> <i>Entregue tarjeta no. 2</i> 1. Está cansado de buscar trabajo 2. No encuentra el trabajo apropiado 3. Cree que no va a encontrar trabajo 4. No sabe cómo ni dónde buscar trabajo 5. Por su edad no le darán trabajo 6. Ningún trabajo se adapta a sus capacidades 7. No tiene quien le cuide los niños 8. Está enfermo/motivos de salud 9. Otro motivo. Especifique 99. NS/NR <i>Pase a p. 45</i>					
<i>Sólo para personas de 10 años en adelante</i>							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

N Ú M E R O  D E  L Í N E A	TRABAJO		
	40. ¿CUÁL ES EL OFICIO O CLASE DE TRABAJO QUE REALIZA..., ES DECIR, QUÉ HACE... EN SU TRABAJO?	41. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJA...?	42. CONTANDO A...¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN EN EL ESTABLECIMIENTO, LOCAL O LUGAR EN EL QUE... TRABAJA?
	1. Director o gerente 2. Profesional científico o intelectual 3. Técnico o profesional de nivel medio 4. Personal de apoyo administrativo 5. Trabajador de los servicios o vendedor de comercios y mercados 6. Agricultor o trabajador calificado agropecuario, forestal o pesquero 7. Oficial, operario o artesano de artes mecánicas y otros oficios 8. Operador de instalaciones fijas y máquinas y maquinarias 9. Ocupaciones elementales 10. Ocupaciones militares 99. NS/NR	1. Agricultura, ganadería, pesca, caza y actividades de servicios conexas 2. Explotación de minas y canteras 3. Industria manufacturera 4. Instalación/suministro/distribución de electricidad, gas o agua 5. Construcción 6. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas 7. Transporte, almacenamiento, alojamiento y servicio de comida, comunicaciones y servicios de computación 8. Entidades financieras, de seguros, inmobiliarias, profesionales, científicas y técnicas; turismo, paisajismo, seguridad 9. Administración pública y defensa, enseñanza, salud, asistencia social, arte, entretenimiento, embajadas, reparaciones, limpieza, peluquería, funeraria y servicio doméstico 99. NS/NR	1. Una (1) persona 2. De 2 a 4 personas 3. Cinco (5) personas 4. De 6 a 10 personas 5. De 11 a 20 personas 6. De 21 a 100 personas 7. Más de 100 personas 99. NS/NR
	<i>Para codificar el oficio y la rama de actividad, consulte la tarjeta correspondiente</i>		
<i>Sólo para personas de 10 años en adelante</i>			
	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

TRABAJO																			
N Ú M E R O D E L Í N E A	43. EN ESE TRABAJO, ¿... SE DESEMPEÑA COMO:			44. ¿CUÁNTO RECIBIÓ... EN TOTAL DURANTE EL MES PASADO POR EL TRABAJO REALIZADO?			45. ¿RECIBIÓ... INGRESOS EL MES PASADO POR ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS? ¿Y CUÁNTO APROXIMADAMENTE?										46. EN SU TRABAJO, ¿... TIENE CONTRATO:		
	1. Empleado en el sector público? 2. Obrero en el sector público? 3. Empleado en empresa privada? 4. Obrero en empresa privada? 5. Patrono o empleador? 6. Trabajador por cuenta propia? 7. Miembro de cooperativas? 8. Ayudante familiar remunerado/no remunerado? 9. Servicio doméstico? 99. NS/NR			1. Sí recibió ingresos 2. No recibió ingresos 99. NS/NR			1. Pensión de vejez del IVSS? 2. Otra pensión del IVSS (invalidez, incapacidad, sobreviviente)? 3. Jubilación por trabajo? 4. Ayuda económica de algún familiar o de otra persona <u>en el país</u> ? 5. Ayuda económica de algún familiar o de otra persona <u>desde el exterior</u> ? 6. Pensión de la seguridad social de otro país? 7. Renta de propiedades? 8. Intereses o dividendos? 9. Otro? 10. Ninguno? 99. NS/NR										1. Formal (contrato firmado) por tiempo indefinido? 2. Formal (contrato firmado) por un tiempo determinado (por meses)? 3. Acuerdo verbal? 4. No tiene contrato 99. NS/NR		
				<i>Anote el ingreso mensual</i>			<i>Si en p. 36 respondió opciones 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ó 99, pase a p. 55</i>												
							<i>Si en p. 36 respondió opción 1 ó 2, siga con p. 46</i>												
	<i>Sólo para personas de 10 años en adelante</i>																		
	CÓDIGO	CÓD.	BOLÍVARES	CÓDIGO										BOLÍVARES	CÓDIGO				
	1			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	2			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	3			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	4			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	5			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	6			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	7			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
	8			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99					
9			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99						
10			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99						
11			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99						
12			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99						
13			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99						
14			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99						

<b>TRABAJO</b>				
<p><b>47. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS RECIBE... EN SU TRABAJO?</b></p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;"><i>Entregue tarjeta no. 3</i></p> <p><b>NÚMERO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilidad, aguinaldo o bonificación de fin de año</li> <li>2. Bono vacacional</li> <li>3. Prestaciones sociales</li> <li>4. Seguro Social obligatorio</li> <li>5. Seguro privado</li> <li>6. Caja de Ahorros</li> <li>7. Guardería infantil</li> <li>8. Bono de transporte</li> <li>9. Bono de alimentación o comedor</li> <li>10. Tarjetas o tickets de alimentación</li> <li>11. Fondo de ahorro habitacional obligatorio</li> <li>12. Seguro de paro forzoso</li> <li>13. Bono de rendimiento</li> <li>14. Afiliación sindical</li> <li>15. Contratación colectiva</li> <li>16. Ninguno</li> <li>99. NS/NR</li> </ol> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;"><i>Circule la respuesta que corresponda en todas las opciones</i></p>	<p><b>48. ¿CUÁNTAS HORAS EN PROMEDIO TRABAJÓ... LA SEMANA PASADA?</b></p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;"><i>Si trabajó + de 35 horas pase a p. 53</i></p> <p><b>49. ¿POR QUÉ TRABAJÓ... MENOS DE 35 HORAS LA SEMANA PASADA?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabaja a tiempo parcial</li> <li>2. Conflicto laboral (huelga, protesta, paro)</li> <li>3. Enfermedad, permiso, vacaciones</li> <li>4. Falta de trabajo</li> <li>5. Escasez de materiales o equipos en reparación</li> <li>6. Otra</li> <li>99. NS/NR</li> </ol>	<p><b>50. ¿PREFERIRÍA... TRABAJAR MÁS DE 35 HORAS POR SEMANA?</b></p> <p>1. Sí 2. No 99. NS/NR</p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;"><i>Pase a p. 53</i></p> <p><b>51. ¿... HA HECHO ALGO PARA TRABAJAR MÁS HORAS?</b></p> <p>1. Sí → 2. No 99. NS/NR</p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;"><i>Pase a p. 53</i></p>	<p><b>52. ¿POR CUÁL MOTIVO... NO HA HECHO DILIGENCIAS PARA TRABAJAR HORAS ADICIONALES?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cree que no hay trabajo</li> <li>2. Está cansado de buscar trabajo</li> <li>3. No sabe buscar trabajo</li> <li>4. No encuentra trabajo apropiado</li> <li>5. Está esperando trabajo o negocio</li> <li>6. Dificultad para tramitar permisos</li> <li>7. No consigue créditos o financiamientos</li> <li>8. Es estudiante</li> <li>9. Se ocupa del hogar</li> <li>10. Enfermedad o discapacidad</li> <li>11. Otra</li> <li>99. NS/NR</li> </ol>	<p><b>53. ¿... HA CAMBIADO DE TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b></p> <p>1. Sí 2. No 99. NS/NR</p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;"><i>Pase a p. 55</i></p>

*Sólo para personas de 10 años en adelante*

CÓDIGO																	HORAS	CÓD.	PREFER.	+ HOR.	CÓDIGO	CÓDIGO	
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	99						



NÚMERO DE LINEA	TRABAJO	BANCARIZACIÓN			PENSIONES									
	54. ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES CAUSAS FUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE... CAMBIÓ DE TRABAJO?  <i>Entregue tarjeta no. 4</i>	55. ¿... TIENE CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO EN ALGÚN BANCO?  1. Sí 2. No 99. NS/NR } <i>Pase a p. 57</i>	56. ¿CON QUÉ REGULARIDAD... UTILIZA ESA CUENTA?  1. Frecuentemente 2. A veces 3. Casi nunca 4. Nunca 99. NS/NR	57. ¿... POSEE ALGUNA TARJETA BANCARIA DONDE LE DEPOSITAN POR SER BENEFICIARIO DE ALGUNA MISIÓN?  1. Sí 2. No 99. NS/NR	58. ¿... ESTÁ:  <i>Pase a p. 60</i> ← 1. Jubilado? 2. Pensionado? 3. Ni jubilado ni pensionado 99. NS/NR  ↓ <i>Pase a p. 61</i> ←				59. ¿QUÉ TIPO DE PENSIÓN RECIBE...?  1. Vejez 2. Invalidez 3. Incapacidad 4. Sobreviviente 5. Otra 99. NS/NR					
	<i>Sólo para personas de 10 años en adelante</i>	<i>Sólo para personas de 15 años en adelante</i>			<i>Circule las respuestas que correspondan</i>									
	CÓDIGO	CUENTA	REGUL.	TARJETA	CÓDIGO				CÓDIGO					
1					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
2					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
3					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
4					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
5					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
6					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
7					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
8					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
9					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
10					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
11					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
12					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
13					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99
14					1	2	3	99	1	2	3	4	5	99

N Ú M E R O  D E  L Í N E A	PENSIONES						MISIONES													
	60. ¿DE CUÁLES DE LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES RECIBE... ALGUNA PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN Y CUÁL ES EL MONTO MENSUAL?						61. ¿REALIZA... APORTES PARA ALGÚN FONDO DE PENSIONES?						62. EN EL PRESENTE (2017), ¿... RECIBE O ES BENEFICIARIO DE ALGUNA MISIÓN O PROGRAMA SOCIAL?							
	1. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) 2. Otra institución o empresa pública 3. Institución o empresa privada 4. Otra 99. NS/NR						1. Sí, para el IVSS 2. Sí, para otra institución o empresa pública 3. Sí, para institución o empresa privada 4. Sí, para otra 5. No 99. NS/NR						1. Sí 2. No 99. NS/NR } <i>Pase a p. 64</i>  63. ¿PUEDE IDENTIFICAR CUÁL MISIÓN O PROGRAMA SOCIAL RECIBE ACTUALMENTE? <i>Indique hasta 3 opciones</i> 1. Alimentación/Mercal 2. Barrio Adentro 3. Milagro 4. Sonrisa 5. Robinson 6. Ribas 7. Sucre 8. Saber y Trabajo, Vuelvan Caras y/o Ché Guevara 9. G. M. Vivienda y/o Barrio Tricolor 10. Casa Bien Equipada 11. Madres del Barrio 12. Hijos de Venezuela 13. Negra Hipólita 14. Amor Mayor 15. Identidad 16. Otra 99. NS/NR <i>Para todos los miembros del hogar</i>							
	<i>Circule todas las respuestas que correspondan y coloque el monto mensual en bolívares</i>						<i>Circule todas las respuestas que correspondan</i>													
	<i>Sólo para personas de 40 años en adelante</i>																			
	CÓDIGO					BOLÍVARES	CÓDIGO					CÓD.	MISIÓN 1	MISIÓN 2	MISIÓN 3					
1	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
2	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
3	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
4	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
5	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
6	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
7	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
8	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
9	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
10	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
11	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
12	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
13	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								
14	1	2	3	4	99		1	2	3	4	5	99								

MISIONES

<p>64. ¿SE HA SACADO USTED EL CARNET DE LA PATRIA?</p> <p>1. Sí 2. No. Indique por qué no: _____</p>	<p>65. ¿EN ESTE HOGAR HAN ADQUIRIDO LA BOLSA/CAJA DEL CLAP?</p> <p>1. Sí 2. No 99. NS/NR } <b>Pase a p. 67</b></p>	<p>66. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LES LLEGA LA BOLSA/CAJA DEL CLAP?</p> <p>1. Cada mes 2. Cada 2 meses 3. No hay periodicidad 99. NS/NR</p>
<p>67. ¿LE GUSTARÍA A USTED RECIBIR O SER BENEFICIARIO DE ALGUNA MISIÓN O PROGRAMA SOCIAL?</p> <p>1. Sí 2. No 99. NS/NR } <b>Pase a p. 69</b></p>	<p>68. ¿CUÁL MISIÓN O PROGRAMA SOCIAL?</p> <p>_____</p>	<p>69. ¿CONSIDERA USTED QUE LAS MISIONES IMPLEMENTADAS POR EL GOBIERNO HAN MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS VENEZOLANOS?</p> <p>1. Sí, mucho 2. Sí, algo 3. No 4. Todo lo contrario; la han empeorado 99. NS/NR</p>

EMIGRACIÓN

NÚMERO DE LÍNEA	<p>70. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, DESDE JUNIO DE 2012, ¿ALGUNA PERSONA QUE VIVE O VIVÍA CON USTED EN ESTE HOGAR SE FUE A VIVIR A OTRO PAÍS?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Pase a p. 78</b></p>	<p>72. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE...?</p> <p><i>Si tiene menos de 1 año, coloque 0 (cero)</i></p>	<p>74. ¿EN QUÉ MES Y AÑO EMIGRÓ...?</p> <p>99. NS/NR</p>	<p>75. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO POR... Y DE CUÁL NIVEL EDUCATIVO?</p> <p>1. Ninguno 2. Preescolar 3. Primaria 4. Media 5. Técnico (TSU) 6. Universitario 7. Postgrado 99. NS/NR</p>	<p>76. ¿A QUÉ PAÍS SE FUE...?</p> <p>1. Colombia 2. Estados Unidos 3. Ecuador 4. Perú 5. Panamá 6. Chile 7. España 8. México 9. Argentina 10. Canadá 11. Australia 12. Otro. Especifique 99. NS/NR</p>	<p>77. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL CUAL... SE FUE A (PAÍS DE DESTINO)?</p> <p>1. Fue a buscar/conseguir trabajo 2. Cambió su lugar de trabajo 3. Por razones de estudio 4. Reagrupación familiar 5. Se casó o unió 6. Por motivos de salud 7. Por violencia e inseguridad 8. Por razones políticas 9. Otro. Especifique 99. NS/NR</p>						
	<p>71. ¿CUÁNTAS PERSONAS?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>A continuación, escriba el nombre y apellido de cada una de las personas de este hogar que ha ido a vivir a otro país</i></p> <p><i>Los números de línea de esta página son independientes a los anteriores</i></p>	<p>73. EL SEXO DE... ES:</p> <p>1. Masculino 2. Femenino</p>	<p><i>Anote el mes y año con todos los dígitos que se solicitan</i></p> <p><i>Para todas las edades</i></p>	<p><i>Primaria: 1 a 6to grado Media: 1 a 6to año</i></p> <p><i>Sólo para personas de 3 años en adelante</i></p>	<p><i>Para todas las edades</i></p>							
	NOMBRE Y APELLIDO	ED.	SEX.	MES	AÑO	NIV.	AÑO	SEM.	CÓD.	ESPECIFIQUE	CÓD.	ESPECIFIQUE
1												
2												
3												
4												
5												

MORTALIDAD

NÚMERO DE LÍNEA	<p>78. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, DESDE JUNIO DE 2012 HASTA LA FECHA, ¿MURIÓ ALGUIEN QUE VIVIERA CON USTED EN ESTE HOGAR?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> <b>Pase a p. 84</b></p>	<p>80. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TENÍA... CUANDO MURIÓ?</p> <p><i>Si tenía menos de 1 año, coloque 0 (cero)</i></p>	<p>81. EL SEXO DE... ERA:</p> <p>1. Masculino 2. Femenino</p>	<p>82. ¿EN QUÉ MES Y AÑO FALLECIÓ...?</p> <p>99. NS/NR</p>		
	<p>79. ¿CUÁNTAS PERSONAS?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>A continuación, escriba el nombre y apellido de cada una de las personas de este hogar que ha fallecido</i></p> <p><i>Los números de línea de esta página son independientes a los anteriores</i></p>	<p><i>Si tenía menos de 1 año, coloque 0 (cero)</i></p>	<p>83. ¿POR CUÁL DE LAS SIGUIENTES CAUSAS FALLECIÓ...?</p> <p>1. Padecimiento de alguna enfermedad 2. Violencia o agresión 3. Accidente de cualquier tipo 4. Otra 99. NS/NR</p> <p><b>Entregue tarjeta no. 5</b></p>			
	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO	MES	AÑO	CÓD
1						
2						
3						
4						
5						

**ALIMENTACIÓN**

**84. EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, ¿CUÁLES SON LOS PRIMEROS 10 ALIMENTOS QUE COMPRÓ Y EN QUÉ CANTIDAD?**

ALIMENTOS		KG/L	UNID.
Alimento 1			
Alimento 2			
Alimento 3			
Alimento 4			
Alimento 5			
Alimento 6			
Alimento 7			
Alimento 8			
Alimento 9			
Alimento 10			

**85. INDIQUE LAS COMIDAS QUE USTED SUELE HACER DIARIAMENTE:**

*Circule todas las respuestas que correspondan*

COMIDAS DIARIAS	
1. Desayuno	1
2. Merienda de la mañana	2
3. Almuerzo	3
4. Merienda de la tarde	4
5. Cena	5
6. Merienda de la noche	6

**86. ¿COME USTED ALGUNA VEZ A LA SEMANA FUERA DEL HOGAR? SI ES ASÍ, ¿PUEDE INDICARME EL MONTO EN BOLÍVARES QUE USTED GASTA DIARIAMENTE EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS FUERA DEL HOGAR?**

*Comer fuera: comprar comida y no llevar desde el hogar*

COMIDAS DIARIAS	BOLÍVARES	
1. Desayuno	1	
2. Merienda de la mañana	2	
3. Almuerzo	3	
4. Merienda de la tarde	4	
5. Cena	5	
6. Merienda de la noche	6	
7. Nunca come fuera	7	

**87. ¿USTED DISPONE DE DINERO PARA OCUPARSE DE LA COMPRA DE ALIMENTOS PARA SU HOGAR?**

1. Sí  
2. No → **Pase a p. 89**

**88. CON EL DINERO DISPONIBLE ACTUALMENTE, ¿CUÁLES DE ESTOS ALIMENTOS USTED COMPRARÍA? ESCOJA HASTA CINCO Y EN ORDEN DE IMPORTANCIA:**

*Entregue tarjeta no. 6*

*Circule hasta cinco opciones y en orden de importancia*

ALIMENTOS	ORDEN DE IMPORTANCIA				
	1er	2do	3er	4to	5to
1. Pasta, pan o algún atol: avena, fororo, cereal, galletas, tortas	1	2	3	4	5
2. Verduras: papa, yuca, plátano, apio, ocumo, batata	1	2	3	4	5
3. Vegetales: tomate, zanahoria, pepino, lechuga, remolacha	1	2	3	4	5
4. Frutas	1	2	3	4	5
5. Carne o pollo	1	2	3	4	5
6. Granos: caraoas, frijolitos, lentejas	1	2	3	4	5
7. Pescado	1	2	3	4	5
8. Huevo	1	2	3	4	5
9. Leche, queso, yogurt	1	2	3	4	5
10. Aceite, margarina, manteca	1	2	3	4	5
11. Azúcar o papelón	1	2	3	4	5
12. Otros: refrescos, chucherías, café	1	2	3	4	5

**89. ¿CONSIDERA USTED QUE EL INGRESO DE LA FAMILIA ES SUFICIENTE PARA LA ADQUISICIÓN DE ALIMENTOS DENTRO Y FUERA DEL HOGAR?**

1. Sí  
2. No  
99. NS/NR

**90. DESDE JUNIO DE 2016, ¿SE HA PRESENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN SU HOGAR?:**

*Circule todas las respuestas que correspondan*

SITUACIONES	SÍ	NO
1. Los alimentos no son suficientes y/o no han tenido dinero para comprar más	1	2
2. El dinero no ha alcanzado para comprar y/o hacer comidas saludables y balanceadas (vegetales, pescado, leche, frutas, yogurt, etc.)	1	2

**91. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA ALGÚN ADULTO DEL HOGAR HA RECORTADO SUS COMIDAS O LAS HA SALTADO PORQUE NO HA HABIDO SUFICIENTE DINERO PARA COMPRAR?**

1. Nunca  
2. Solamente un mes  
3. Dos meses  
4. Todos los meses

**92. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED:**

*Circule todas las respuestas que correspondan*

SITUACIONES	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Ha comido menos porque sintió que no había suficiente comida en su hogar?	1	2	3	4	5
2. Ha comido menos porque no ha conseguido comida para comprar?	1	2	3	4	5
3. Se ha acostado con hambre porque no ha habido suficiente dinero para comprar comida?	1	2	3	4	5

**93. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿USTED:**

1. Aumentó de peso?  
2. Perdió peso?  
3. No ha variado de peso?

**Pase a p. 95**

**94. ¿CUÁNTOS KG AUMENTÓ O BAJÓ?**

99. NS/NR  
  
\_\_\_\_\_ Kgs

**95. DESDE JUNIO DE 2016, ¿ALGÚN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS DEJÓ DE COMER PORQUE HAN FALTADO ALIMENTOS EN SU HOGAR?**

1. Sí  
2. No → **Pase a p. 97**  
3. No hay niños menores de 5 años en el hogar

**96. ¿CUÁNTOS NIÑOS (AS)?**

99. NS/NR  
  
\_\_\_\_\_ Niños (as)

**SEGURIDAD**

**97. ¿QUÉ TAN TEMEROSO ESTÁ USTED DE SER ATACADO O ROBADO?**

*Entregue tarjeta no. 7*

*Circule todas las respuestas que correspondan*

LUGAR	MUCHO	ALGO	POCO	NADA
1. En su vivienda	1	2	3	4
2. En las calles de su comunidad durante el día	1	2	3	4
3. En otras partes de la ciudad	1	2	3	4
4. En los medios de transporte (autobuses, busetas, taxis, etc.)	1	2	3	4

*Si p. 97 = 4 en todas las opciones, pase a p. 99*

**98. POR TEMOR A SER VÍCTIMA DE UNA ACCIÓN VIOLENTA, ¿USTED ACTUALMENTE...**

*Circule todas las respuestas que correspondan*

SITUACIONES	SÍ	NO
1. ... ha limitado las horas o lugares a donde va de compras?	1	2
2. ... ha limitado las horas o lugares de trabajo o de estudio?	1	2
3. ... ha limitado las horas o lugares de diversión o recreación que antes disfrutaba?	1	2
4. ... ha sentido la necesidad de mudarse del lugar donde vive (a otro barrio, urbanización o ciudad)	1	2

**99. ¿PODRÍA DECIRME SI USTED O ALGÚN OTRO MIEMBRO DE ESTE HOGAR HA SIDO VÍCTIMA DE UN DELITO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

*Circule todas las respuestas que correspondan*

PERSONA	SÍ	NO	NS/NR
1. Usted	1	2	99
2. Otro miembro	1	2	99

*Si p. 99= 2 en todas las opciones, pase a p. 101*

**100. ¿SE DENUNCIÓ ANTE LAS AUTORIDADES EL O LOS DELITOS?**

- 1. Sí
- 2. No
- 99. NS/NR

**101. BASADO EN SU EXPERIENCIA Y EN LO QUE USTED HA OÍDO, ¿CÓMO CALIFICARÍA EL TRABAJO:**

*Entregue tarjeta no. 8*

*Circule todas las respuestas que correspondan*

INSTITUCIONES	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO	NS/NR
1. De la Policía Nacional Bolivariana?	1	2	3	4	5	99
2. De la Policía Estatal/Municipal?	1	2	3	4	5	99
3. Del Ministerio de Relaciones Interiores Justicia y Paz?	1	2	3	4	5	99
4. De la Fiscalía?	1	2	3	4	5	99
5. De los tribunales/juzgados (jueces)?	1	2	3	4	5	99
6. Del sistema penitenciario (prisiones)?	1	2	3	4	5	99

**102. ¿USTED TENDRÍA UN ARMA DE FUEGO PARA SU PROTECCIÓN?**

- 1. Sí
- 2. No
- 99. NS/NR

**103. ¿CONSIDERA USTED QUE EN EL ÚLTIMO AÑO LA VIOLENCIA EN EL PAÍS HA AUMENTADO, HA DISMINUÍDO O SE HA MANTENIDO IGUAL?**

*Circule la respuesta que corresponda*

AUMENTÓ	DISMINUYÓ	IGUAL	NS/NR
1	2	3	99

**104. ¿CONSIDERA USTED QUE EN EL ÚLTIMO AÑO LA VIOLENCIA EN SU COMUNIDAD HA AUMENTADO, DISMINUÍDO O SE HA MANTENIDO IGUAL?**

*Circule la respuesta que corresponda*

AUMENTÓ	DISMINUYÓ	IGUAL	NO HAY HECHOS VIOLENTOS	NS/NR
1	2	3	4	99

**105. ¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA GESTIÓN DEL GOBIERNO NACIONAL EN CONTRA DE LA INSEGURIDAD Y EL DELITO?**

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Mala
- 99. NS/NR

**106. POR FAVOR, DÍGAME QUÉ TAN DE ACUERDO O EN DESACUERDO ESTÁ USTED CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:**

*Entregue tarjeta no. 9*

AFIRMACIONES	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	NS/NR
1. La policía me protege de los delincuentes	1	2	3	4	99
2. Mis vecinos son una ayuda para proteger a mi familia de la delincuencia	1	2	3	4	99

**107. ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURREN EN SU COMUNIDAD LAS SIGUIENTES SITUACIONES?**

*Entregue tarjeta no. 10*

SITUACIONES	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	NO SABE	NO RESPONDE
1. Robos y asaltos	1	2	3	4	99
2. Venta de drogas	1	2	3	4	99
3. Venta de productos regulados a precios más elevados	1	2	3	4	99
4. Secuestros	1	2	3	4	99
5. Cobro de peaje	1	2	3	4	99
6. Enfrentamiento entre pandillas/mafias/bandas	1	2	3	4	99

**108. ¿CONOCE USTED EN SU COMUNIDAD CASOS DE DELITO EN LOS QUE HA ESTADO INVOLUCRADA LA POLICÍA?**

1. Sí  
2. No  
99. NS/NR

**109. ¿QUÉ TAN FÁCIL O DIFÍCIL CREE USTED QUE ES EN SU COMUNIDAD LO SIGUIENTE?**

*Entregue tarjeta no. 11* *Circule la respuesta que corresponda en todas las opciones*

SITUACIONES	MUY FÁCIL	FÁCIL	DIFÍCIL	MUY DIFÍCIL	NS/NR
1. Conseguir marihuana o piedra o alguna otra droga	1	2	3	4	99
2. Conseguir un arma de fuego	1	2	3	4	99
3. Mandar a matar a alguien	1	2	3	4	99

**110. ¿QUÉ TAN DE ACUERDO O EN DESACUERDO ESTÁ USTED CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?**

*Entregue tarjeta no. 9* *Circule la respuesta que corresponda en todas las opciones*

AFIRMACIONES	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. En Venezuela hoy día la ley se respeta más que el año pasado	1	2	3	4
2. Hoy día la convivencia entre los venezolanos es más armoniosa que el año pasado	1	2	3	4
3. En Venezuela hoy día las personas nos respetamos más que el año pasado	1	2	3	4
4. Hoy día los venezolanos somos más iguales ante la ley que el año pasado	1	2	3	4
5. Venezuela hoy día es un país más justo que el año pasado	1	2	3	4
6. En Venezuela hoy día somos más felices que el año pasado	1	2	3	4
7. Venezuela hoy día es un país más seguro que el año pasado	1	2	3	4

**EMBARAZO**

**DE P.111 A P.115, PREGUNTAS SOLO PARA SER RESPONDIDAS POR MUJERES DE 20-49 AÑOS.  
SI LA INFORMANTE ES MUJER DE 50 AÑOS EN ADELANTE, PASE A PREGUNTA 116  
SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, PASE A LA PREGUNTA 122**

<p><b>111. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA?</b></p> <p>1. Sí 2. No 99. NS/NR</p> <p><i>Pase a p. 116</i></p>	<p><b>112. ¿CUÁNTOS MESES DE EMBARAZO TIENE?</b></p> <p>99. NS/NR</p> <p><i>N° de meses</i></p>	<p><b>113. ¿DÓNDE SE CONTROLA EL EMBARAZO?</b></p> <p>1. Ambulatorio/clínica popular/CDI 2. Hospital/maternidad del sector público 3. Consultorio privado sin hospitalización 4. Clínica/maternidad del sector privado 5. Centro de salud privado sin fines de lucro</p> <p>6. Servicio médico de la empresa o institución donde trabaja usted o alguien del hogar 7. Otro centro de atención médica 8. No se controla el embarazo 99. NS/NR</p> <p><i>Pase a p. 116</i></p>
---	---	--

<p><b>114. ¿DESDE QUÉ MES SE CONTROLA EL EMBARAZO?</b></p> <p>99. NS/NR</p> <p><i>N° de meses</i></p>	<p><b>115. DESDE EL PRIMER CONTROL, ¿A CUÁNTOS CONTROLES MÉDICOS HA ASISTIDO?</b></p> <p>99. NS/NR</p> <p><i>N° de controles</i></p>
---	--

<p><b>116. ¿TIENE USTED AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO DESDE JUNIO DE 2012?</b></p> <p>1. Sí → <i>Registre únicamente el último hijo nacido vivo:</i></p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____</p> <p>2. No → <i>Fin de la entrevista</i></p>	<p><b>117. DURANTE EL EMBARAZO DE..., ¿ASISTIÓ USTED ALGUNA VEZ A LA ATENCIÓN O CONTROL PRENATAL?</b></p> <p>1. Sí → <i>Pase a p. 119</i> 2. No 99. NS/NR</p>	<p><b>118. ¿POR QUÉ NO ASISTIÓ A LA ATENCIÓN O CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO DE...?</b></p> <p>1. Estaba demasiado lejos 2. Era muy costoso/a 3. Por inseguridad pública 4. No confiaba en los médicos 5. El personal médico la maltrataba 6. Los horarios de consulta no le servían</p> <p>7. No sabía que debía hacerlo 8. Su esposo no creía que era necesario 9. Usted no creía que era necesario 10. Se sentía bien de salud 11. Otra razón</p> <p><i>Pase a p. 122</i></p>
--	---	---

<p><b>119. DURANTE EL EMBARAZO DE... ¿CUÁNTOS MESES DE EMBARAZO TENÍA USTED CUANDO ASISTIÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN CONTROL PRENATAL?</b></p> <p><i>N° de meses</i></p>	<p><b>120. ¿CUÁNTAS VECES ASISTIÓ A LA ATENCIÓN (CONTROL) PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO DE...?</b></p> <p><i>N° de veces</i></p>	<p><b>121. ¿DÓNDE SE CONTROLÓ EL EMBARAZO?</b></p> <p>1. Ambulatorio/clínica popular/ CDI 2. Hospital/maternidad del sector público 3. Consultorio privado sin hospitalización 4. Clínica/maternidad del sector privado 5. Centro de salud privado sin fines de lucro</p> <p>6. Servicio médico de la empresa o institución donde trabaja usted o alguien del hogar 7. Otro centro de atención médica 8. No se controla el embarazo 99. NS/NR</p>
--	---	---

**VACUNACIONES**

*PREGUNTAS SOLO PARA HOGARES CON NIÑOS HASTA 2 AÑOS DE EDAD.  
SI NO HAY NIÑOS HASTA 2 AÑOS, PASE A LA SECCIÓN "FIN DE LA ENTREVISTA" Y LLENE LOS DATOS SOLICITADOS*

**122. ¿... HA RECIBIDO LAS SIGUIENTES VACUNAS?**

*Si la tarjeta de vacunación está disponible, solicítela como apoyo.*

*De no ser así, recoja la información sobre la base de lo que recuerde el entrevistado*

1. BCG (contra la tuberculosis)
2. Antihepatitis B
3. Antirotavirus (contra las diarreas severas por rotavirus)
  - 3.1 Primera dosis; 3.2 Segunda dosis
4. Pentavalente (contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, meningitis y neumonías por Hib)
  - 4.1 Primera dosis; 4.2 Segunda dosis; 4.3 Tercera dosis
5. Antiinfluenza (contra la influenza estacional)
  - 5.1 Primera dosis; 5.2 Segunda dosis
6. Antipolio (IPV) (contra la poliomielitis)
7. Antipolio oral (contra la poliomielitis)
  - 7.1 Primera dosis; 7.2 Segunda dosis
8. Antineumococo 13 Valente (contra las neumonías, meningitis y enfermedades invasivas por neumococo)
  - 8.1 Primera dosis; 8.2 Segunda dosis
9. Antiámarilla (contra la fiebre amarilla)
10. Trivalente viral (contra el sarampión, rubéola y parotiditis)
11. Varicela
12. Ninguna
99. NS/NR

*Circule todas las respuestas que correspondan y no olvide colocar el número de línea de cada niño*

N  
Ú  
M  
E  
R  
O  
  
D  
E  
  
L  
Í  
N  
E  
A

	BCG	HB	ROTA	ROTA 1	ROTA 2	PENTA	PENTA 1	PENTA 2	PENTA 3	FLU	INFLU 1	INFLU 2	AP	POL	POL1	POL2	NEU	NEU 1	NEU 2	AMA	TRIVA	VAR	NING	NS/NR
	1	2	3	3.1	3.2	4	4.1	4.2	4.3	5	5.1	5.2	6	7	7,1	7,2	8	8,1	8,2	9	10	11	12	99
	1	2	3	3.1	3.2	4	4.1	4.2	4.3	5	5.1	5.2	6	7	7,1	7,2	8	8,1	8,2	9	10	11	12	99
	1	2	3	3.1	3.2	4	4.1	4.2	4.3	5	5.1	5.2	6	7	7,1	7,2	8	8,1	8,2	9	10	11	12	99
	1	2	3	3.1	3.2	4	4.1	4.2	4.3	5	5.1	5.2	6	7	7,1	7,2	8	8,1	8,2	9	10	11	12	99
	1	2	3	3.1	3.2	4	4.1	4.2	4.3	5	5.1	5.2	6	7	7,1	7,2	8	8,1	8,2	9	10	11	12	99

**123. ¿EL INFORMANTE MOSTRÓ LA TARJETA DE VACUNACIÓN?**

1. Sí
2. No

## FIN DE LA ENTREVISTA

<b>HORA FINAL:</b>		<b>NÚMERO (S) DE TELÉFONO (S):</b>	
--------------------	--	------------------------------------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>	
-----------------------	--

*¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!*



### UBICACIÓN DEL HOGAR

<b>NÚMERO DE LA ENCUESTA:</b>		<b>NOMBRE DEL INFORMANTE:</b>	
<b>FECHA DE LA ENTREVISTA:</b>		<b>NÚMERO (S) DE TELÉFONO (S):</b>	

### DIRECCIÓN

<b>CALLE O AVENIDA:</b>					
<b>RESIDENCIA/URBANIZACIÓN O BARRIO:</b>					
<b>NOMBRE/NÚMERO DE CASA O TORRE:</b>		<b>PISO:</b>		<b>APTO.:</b>	
<b>PUNTO (S) DE REFERENCIA:</b>					
<b>PARROQUIA:</b>		<b>CIUDAD:</b>			
<b>MUNICIPIO:</b>		<b>ESTADO:</b>			

### COORDENADAS GPS

LATITUD (N)			LONGITUD (W)			ALTITUD
GRADOS	MINUTOS	SEGUNDOS	GRADOS	MINUTOS	SEGUNDOS	