



Gobierno Bolaños
¡Nueva Era!



*Encuesta Nicaragüense
para Personas con Discapacidad
ENDIS 2003*

**A
N
E
X
O**

2



CUESTIONARIOS



ANEXO 2

CUESTIONARIOS

INEC	ENCUESTA NICARAGÜENSE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD NICARAGUA AÑO 2003 CUESTIONARIO DEL HOGAR Versión 4.5	CONFIDENCIAL La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos
-------------	--	--

CUESTIONARIO DE

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA A1 DEPARTAMENTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A2 MUNICIPIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A3 COMARCA A4 BARRIO O LOCALIDAD A5 DISTRITO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A6 N. DE SEGMENTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A7 CONGLOMERADO DHS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A8 NÚMERO DE HOGAR DENTRO DEL CONGLOMERADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A9 DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA:	I. IDENTIFICACION B. PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL HOGAR SEGUN ENDESA'01 B1 NOMBRE DEL JEFE (A) DEL HOGAR _____ B2 FECHA DE ENTREVISTA ENDESA 01 (DIA / MES) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B3 TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B4 TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DECLARADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B5 TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PRESUNTIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B6 HOGAR SIN PRESUNTAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES
---	--

C. CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS CON POSIBLE DISCAPACIDAD SEGUN ENDESA 2001				
NOMBRE	SEXO	EDAD	CAUSA DE DISCAPACIDAD DECLARADA O PRESUNTIVA	Nº ORDEN
C1 _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C2 _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C3 _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C4 _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C5 _____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA	MINUTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AM..... 1	PM 2
--	------	---------	---	-----------	------------

D. DATOS DE CONTROL DEL HOGAR D1 HOGAR ENDESA MISMO 1 NUEVO 2 D2 NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE: _____ D3 TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D4 TOTAL DE PERS. CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D5 TOTAL DE PERSONAS QUE TOMAN ALCOHOL O USAN TABACO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D6 NOMBRE Y APELLIDOS DE INFORMANTE: _____ D7 EL (LA) INFORMANTE ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD? SI 1 NO 2	E. PARA HOGARES CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD DECLARADA SEGUN ENDESA 2001 E1. Mi nombre es ... y trabajo para el INEC. A finales del 2001 fueron visitados por personal del INEC con la Encuesta de Demografía y Salud, donde se tomaron algunos datos sobre las personas del hogar y nos informaron que (NOMBRE), miembro de este hogar tiene dificultades para (DISCAPACIDAD). Ahora estamos realizando la Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad y estamos completando esos datos, y recogiendo otros nuevos. ¿Podría completarnos la información sobre (NOMBRE) ? PASA A 200A
--	--

F. PARA HOGARES CON PERSONAS CON Y SIN PRESUNTA DISCAPACIDAD.	
SI HOGARES CON PERSONAS CON PRESUNTA DISCAPACIDAD, LEER LO QUE ESTÁ EN LOS PARÉNTESIS.	
F1. Mi nombre es _____ y trabajo para el INEC. Estamos realizando la Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad y queremos saber si ¿Hay algún miembro del hogar, niño o adulto, hombre o mujer, que por alguna enfermedad, que haya tenido, (como ENFERMEDAD), tenga alguna limitación para ver, oír o mover brazos y piernas?	SI..... 1 NO..... 2
F2 ¿Hay algún miembro del hogar, niño o adulto, hombre o mujer, que por alguna causa como una tragedia personal o familiar, que haya tenido, tiene actualmente los nervios alterados o no puede dormir y durante el día se ponga angustiado o violento o al contrario, se ponga decaído, sin ganas de hablar, temeroso, inseguro?	SI..... 1 NO..... 2
F3 ¿Hay algún miembro del hogar, niño o adulto, hombre o mujer, que tenga problemas mentales o retraso mental o que hable solo?	SI 1 NO 2
SI NINGUN SI, PASE A 1300 EN SECCION 3; SI ALGÚN SI, PREGUNTE LO SIGUIENTE:	
F4 ¿Cuántos en total? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
F5 ¿Podría darnos alguna información sobre estas personas?	PASA A 201

G. CONTROL DE VISITAS DEL (DE LA) ENTREVISTADOR (A)					
G1 FECHA (DIA / MES)	1	2	3	*CODIGO DE RESULTADO:	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. ENTREVISTA COMPLETA	6. VIV. DESHAB., EN VENTA O ALQUILER
G2 NOMBRE DE ENTREVISTADOR (A)				2. ENTREVISTA INCOMPLETA	7. NO ES VIVIENDA
G3 CÓDIGO DE ENTREVISTADOR (A)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. NO HAY ADULTOS PRESENTES	8. VIVIENDA DESTRUIDA
G4 BRIGADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. MORADORES AUSENTES	9. VIVIENDA DE USO TEMPORAL
G5 RESULTADO *	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. RECHAZO	96 OTRO
G6 PRÓXIMA FECHA VISITA: HORA				OBSERVACIONES:	

H. CONTROL DE REVISION				
NOMBRE	SUPERVISOR(A)	TÉCNICO(A) EN EL CAMPO	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADOR(A)
FECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

201	<p>ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (UTILICE LOS CUESTIONARIOS NECESARIOS) Y ASIGNELES UN NUMERO DE ORDEN.</p> <p>NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN ACTUAL Y DE ENDESA'01 SI LO TIENE, SI NO LO TIENE ESCRIBA "88"</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Actual ENDESA'01 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>					<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Actual ENDESA'01 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>				
F208	VERIFIQUE P204 Y P207	<p>SI 6 AÑOS Y MAS <input type="checkbox"/></p> <p>SI MENOR DE 6 AÑOS O NO VUELVE PRONTO → 210</p>	<p>SI 6 AÑOS Y MAS <input type="checkbox"/></p> <p>SI MENOR DE 6 AÑOS O NO VUELVE PRONTO → 210</p>								
209	<p>¿Podría hablar hoy, con (NOMBRE) o tiene algún problema para conversar y contestar algunas preguntas?</p> <p>NOTA: VARIAR PERIODO, SI LA BRIGADA PERMANECE MAS DÍAS EN EL SEGMENTO</p>	<p>SI, PUEDE HABLARLE 1</p> <p>NO ESTA, NO VUELVE HOY..... 2</p> <p>NO PUEDE HABLARLE, PORQUE</p> <p>NO HABLA BIEN 3</p> <p>NO, ES MUY VIOLENTO 4</p> <p>OTRO 6</p>	<p>SI, PUEDE HABLARLE 1</p> <p>NO ESTA, NO VUELVE HOY..... 2</p> <p>NO PUEDE HABLARLE, PORQUE</p> <p>NO HABLA BIEN 3</p> <p>NO, ES MUY VIOLENTO 4</p> <p>OTRO 6</p>								
210	<p>VERIFIQUE P207</p> <p>SI MENOR DE 6 AÑOS ↓</p> <p>¿Alguien podría responder algunas preguntas sobre (NOMBRE)?</p> <p>SI 6 AÑOS O MÁS ↓</p> <p>¿Alguien más podría responder algunas preguntas sobre (NOMBRE)?</p> <p>CIRCULE LA PERSONA MÁS IMPORTANTE Y DISPONIBLE.</p>	<p>ESPOSO (A)..... 1</p> <p>ABUELO (A)..... 2</p> <p>HIJO (A)..... 3</p> <p>MADRE..... 4</p> <p>PADRE..... 5</p> <p>HERMANO(A) 6</p> <p>NIETO(A)..... 7</p> <p>OTRO PARIENTE 8</p> <p>EMPLEADO (A)..... 9</p> <p>AMIGO (A)..... 10</p> <p>VECINO (A)..... 11</p> <p>TRABAJADOR (A) SOCIAL..... 12</p> <p>OTRA (O) 96</p> <p>ESPECIFIQUE</p> <p>NADIE 97</p> <p>NO SABE 98</p> <p>213 Y OBSERVACIONES ←</p>	<p>ESPOSO (A)..... 1</p> <p>ABUELO (A)..... 2</p> <p>HIJO (A)..... 3</p> <p>MADRE..... 4</p> <p>PADRE..... 5</p> <p>HERMANO(A) 6</p> <p>NIETO(A)..... 7</p> <p>OTRO PARIENTE 8</p> <p>EMPLEADO (A)..... 9</p> <p>AMIGO (A)..... 10</p> <p>VECINO (A)..... 11</p> <p>TRABAJADOR (A) SOCIAL..... 12</p> <p>OTRA (O) 96</p> <p>ESPECIFIQUE</p> <p>NADIE 97</p> <p>NO SABE 98</p> <p>213 Y OBSERVACIONES ←</p>								
211	¿Es la persona que mejor le conoce?	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>								
212	<p>¿Cuál es el nombre de esta persona?</p> <p>TRANSCRIBA LA RELACIÓN O PARENTESCO, INDAGUE CON EL INFORMANTE, SI NECESARIO</p> <p>¿En que momento del día, podemos pasar a ver a (NOMBRE DE NUEVO INFORMANTE) y a (NOMBRE DE PERSONA CON DISCAPACIDAD MAYOR DE 6 AÑOS, QUE PUEDE RECIBIR)?</p>	<p>NOMBRE</p> <p>_____</p> <p>RELACIÓN O PARENTESCO</p> <p>_____</p> <p>HORA _____</p>	<p>NOMBRE</p> <p>_____</p> <p>RELACIÓN O PARENTESCO</p> <p>_____</p> <p>HORA _____</p>								
213		<p>PASE A 202 EN COLUMNA SIGUIENTE</p> <p>SI NO HAY MÁS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PASAR A SECCIÓN 3 DEL CUESTIONARIO HOGAR</p>	<p>PASE A 202 EN COLUMNA SIGUIENTE</p> <p>SI NO HAY MÁS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PASAR A SECCIÓN 3 DEL CUESTIONARIO HOGAR</p>								
<p>OBSERVACIONES A SECCIÓN 2</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											

SECCIÓN 3

1300 Ahora querría hacerle unas pocas preguntas sobre los otros miembros del hogar que toman licor o que fuman

301 ¿Hay alguna persona del hogar (niño, joven o adulto, hombre o mujer) que tome licor frecuentemente o que fume con regularidad?

SI 1 NO 2 → 312

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	¿(NOMBRE) es Hombre o Mujer?	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	¿En que fecha o hace cuánto tiempo (NOMBRE) se vino a vivir aquí? PONGA LOS DATOS 306A - 306C O EN 306D-306E, SEGÚN RESPUESTA. SI NO SABE, MARCAR 98 Y 8 EN 306D Y 306E.					¿(NOMBRE) fuma? SI 1 NO 2 NS 8 PASA A 308	¿Qué tipo de tabaco fuma? Cigarrillos? Pipa? Puro? CIGARR. 1 PIPA 2 PURO 3 OTRO 6 PASA A 308	¿Cuántos cigarrillos al día fuma?	¿(NOMBRE) toma a menudo? SI 1 NO 2 NS 8 PASA A 309	¿Cuántos días al mes toma?	¿Se emborracha cuándo toma? SI 1 NO 2	¿(NOMBRE) ha tenido trastornos mentales? SI 1 NO 2	¿(NOMBRE) se ha tratado de matar o dice que lo quiere hacer? SI 1 NO 2	¿(NOMBRE) se pone violento (a)? SI 1 NO 2
				DÍA	MES	AÑO	#	U.TIEMPO									
302	303	304	305	306A	306B	306C	306D	306E	307	307B	307C	308	308B	308C	309	310	311

312 ¿Cuántos miembros tiene actualmente este hogar?

313 ANOTE HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ENCUESTA AL HOGAR Y AGRADEZCA SUS RESPUESTAS, ADVIRTIENDO QUE SE PASARA DE NUEVO PARA ENTREVISTAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (EN CASO DE QUE HAYAN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL HOGAR).

HORA AM..... 1
MINUTOS PM..... 2

OBSERVACIONES: _____

REPÚBLICA DE NICARAGUA

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS

ENCUESTA NICARAGÜENSE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2003

CUESTIONARIO INDIVIDUAL
VERSIÓN 4.6

1. IDENTIFICACIÓN

DEPARTAMENTO _____	<input type="text"/>	NÚMERO DE HOGAR DENTRO DEL CONGLOMERADO.....	<input type="text"/>
MUNICIPIO _____	<input type="text"/>	NOMBRE DEL BARRIO O DE LA LOCALIDAD Y COMARCA	_____
DISTRITO _____	<input type="text"/>	DIRECCIÓN EXACTA DE LA VIVIENDA:	_____
SEGMENTO CENSAL _____	<input type="text"/>	_____	_____
CONGLOMERADO DHS.....	<input type="text"/>	_____	_____

NOMBRE DEL (LA) JEFE (A) DEL HOGAR: _____	<input type="text"/>
NOMBRE Y NÚMERO DE COLUMNA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: _____	EN ENDESA 2001 <input type="text"/>
_____	Nº DE ORDEN ACTUAL <input type="text"/>

FECHA (DIA / MES)	VISITAS DEL (DE LA) ENTREVISTADOR(A)						VISITA FINAL
	1a.		2a.		3a.		
	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES	FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....
NOMBRE Y CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR (A)							BRIGADA ENTREVISTADOR (A)
RESULTADO *							RESULTADO FINAL *
PRÓXIMA VISITA: FECHA	DIA	MES	DIA	MES			Nº TOTAL DE VISITAS
HORA							<input type="text"/>

*** CÓDIGOS DE RESULTADO:**

- | | | |
|------------|---------------------------------------|--------------------|
| 1 COMPLETA | 4 RECHAZADA | 7 PERSONA FALLECIÓ |
| 2 AUSENTE | 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE | 96 OTRA _____ |
| 3 APLAZADA | 6 PERSONA NO RESIDE MAS EN ESTE HOGAR | (ESPECIFIQUE) |

NOMBRE	SUPERVISOR(A) EN EL CAMPO	TÉCNICO (A) DE CAMPO	CRÍTICO(A) DE OFICINA	DIGITADOR (A)
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA

HORA..... AM..... 1
MINUTOS..... PM 2

1B. DATOS SOBRE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD TRANSCRITOS DEL CUESTIONARIO HOGAR

- 101 **NOMBRE:** _____
- 102 **SEXO:** HOMBRE 1 MUJER 2
- 103 **EDAD:** AÑOS..... 1 MESES 2
- 104 **INMIGRANTE RECIENTE:** SI 1 NO..... 2
(DESPUÉS DE ENDESA'01)

105 **DATOS SOBRE INFORMANTE(S) IDENTIFICADO(S / AS)** (CIRCULE Y ESCRIBA TODO LO NECESARIO):

LA PERSONA MISMA A

OTRA PERSONA B

_____ *NOMBRE*
 _____ *RELACIÓN O PARENTESCO*

SEXO HOMBRE..... 1 MUJER..... 2

ATENDERÁ A

HORAS AM 1
 MINUTOS PM 2

INFORMANTE SIN IDENTIFICAR..... C

NADIE PUEDE INFORMAR D

2. EDUCACIÓN Y TRABAJO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																							
I 200	EN CASO QUE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ENTREVISTADA NO SEA EL INFORMANTE O SI ES MENOR DE 6 AÑOS, LAS PREGUNTAS SE HARÁN EN TERCERA PERSONA EN TODA LA ENTREVISTA.																																									
201	¿En que fecha nació? VERIFICAR SI CONCUERDA CON P103. SI NO INDAGAR Y CORREGIR	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">DÍA</td> <td align="center">MES</td> <td align="center">AÑO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....</td> <td align="center">1 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">EDAD EN MESES CUMPLIDOS</td> <td align="center">2 <input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DÍA	MES	AÑO		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....			1 <input type="text"/>	EDAD EN MESES CUMPLIDOS			2 <input type="text"/>																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
DÍA	MES	AÑO																																								
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....			1 <input type="text"/>																																							
EDAD EN MESES CUMPLIDOS			2 <input type="text"/>																																							
F 201	VERIFICAR P201. SI 6 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ Z 234B																																							
202	¿Sabe leer y escribir? ¿Sólo sabe leer ? ¿O no sabe leer ni escribir? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	SABE LEER Y ESCRIBIR 1 SOLO SABE LEER..... 2 NO SABE LEER , NI ESCRIBIR 3 POR PROBLEM. FISICOS..... 4 POR PROBLEMAS PSIQUICOS..... 5 POR OTROS PROBLEMAS..... 6 SIN ACLARACION..... 7 NO PRECISA 8																																								
F 202	VERIFICAR P201. SI DE 6 A 29 AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MAYOR A 29 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ 206																																							
203	¿Está asistiendo a un centro escolar? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 206																																							
204	¿A qué tipo de centro asiste? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	CENTRO REGULAR..... 1 CENTRO ESPECIAL..... 2 CENTRO REGULAR CON AULA INTEGRADA 3 NO PRECISA 8																																								
205	¿A qué grado o año y nivel escolar asiste? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">NIVEL</td> <td align="center">GRADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PREESCOLAR</td> <td align="center">01</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="10">} → 209</td> </tr> <tr> <td>EDUCACION DE ADULTOS.....</td> <td align="center">02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td align="center">03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td align="center">04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO BÁSICO.....</td> <td align="center">05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICO MEDIO.....</td> <td align="center">06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FORMACION DOCENTE.....</td> <td align="center">07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TECNICO SUPERIOR.....</td> <td align="center">08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>UNIVERSITARIO.....</td> <td align="center">09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EDUCACION ESPECIAL</td> <td align="center">10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NO PRECISA.....</td> <td align="center">98</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		NIVEL	GRADO		PREESCOLAR	01	<input type="checkbox"/>	} → 209	EDUCACION DE ADULTOS.....	02	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	03	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	04	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO BÁSICO.....	05	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO MEDIO.....	06	<input type="checkbox"/>	FORMACION DOCENTE.....	07	<input type="checkbox"/>	TECNICO SUPERIOR.....	08	<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO.....	09	<input type="checkbox"/>	EDUCACION ESPECIAL	10	<input type="checkbox"/>	NO PRECISA.....	98	<input type="checkbox"/>		
	NIVEL	GRADO																																								
PREESCOLAR	01	<input type="checkbox"/>	} → 209																																							
EDUCACION DE ADULTOS.....	02	<input type="checkbox"/>																																								
PRIMARIA.....	03	<input type="checkbox"/>																																								
SECUNDARIA	04	<input type="checkbox"/>																																								
TÉCNICO BÁSICO.....	05	<input type="checkbox"/>																																								
TÉCNICO MEDIO.....	06	<input type="checkbox"/>																																								
FORMACION DOCENTE.....	07	<input type="checkbox"/>																																								
TECNICO SUPERIOR.....	08	<input type="checkbox"/>																																								
UNIVERSITARIO.....	09	<input type="checkbox"/>																																								
EDUCACION ESPECIAL	10	<input type="checkbox"/>																																								
NO PRECISA.....	98	<input type="checkbox"/>																																								
206	¿Ha asistido alguna vez a la escuela? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 211																																							
F 206	VERIFICAR P201. SI DE 6 A 29 AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MAYOR A 29 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ 210																																							
207	¿Durante el actual año escolar, se matriculó en una escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 210																																							

2. EDUCACIÓN Y TRABAJO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
208	<p>¿En qué grado o año se matriculó?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	PREESCOLAR 01 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN DE ADULTOS..... 02 <input type="checkbox"/> PRIMARIA..... 03 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA 04 <input type="checkbox"/> TÉCNICO BÁSICO..... 05 <input type="checkbox"/> TÉCNICO MEDIO..... 06 <input type="checkbox"/> FORMACION DOCENTE..... 07 <input type="checkbox"/> TÉCNICO SUPERIOR..... 08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO..... 09 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL 10 <input type="checkbox"/> NO PRECISA..... 98 <input type="checkbox"/>	
209	<p>¿Usted o su familia, paga o pagó todo o parte de sus estudios, sus libros, sus cuadernos, mochila?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	SI , TODO 1 SI, EN PARTE 2 NO 3 NO PRECISA 8	
210	<p>¿Cuál es el nivel o grado escolar más alto que ha aprobado?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	NINGUNO 00 <input type="checkbox"/> PREESCOLAR 01 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN DE ADULTOS..... 02 <input type="checkbox"/> PRIMARIA..... 03 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA 04 <input type="checkbox"/> TÉCNICO BÁSICO..... 05 <input type="checkbox"/> TÉCNICO MEDIO..... 06 <input type="checkbox"/> FORMACION DOCENTE..... 07 <input type="checkbox"/> TÉCNICO SUPERIOR..... 08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO..... 09 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL 10 <input type="checkbox"/> NO PRECISA..... 98 <input type="checkbox"/>	
F 210	<p>VERIFIQUE P201 Y P203</p> <p>SI 30 AÑOS Y MÁS O DE 6 A 29 QUE NO ASISTE A CLASE <input type="checkbox"/></p>	<p>DE 6 A 29 QUE ASISTE A CLASE <input type="checkbox"/></p>	212
211	<p>VERIFIQUE P206</p> <p>ASISTIÓ A LA ESCUELA ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA ASISTIÓ A LA ESCUELA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Por qué dejó de asistir a un centro escolar?</p> <p>¿Por qué nunca asistió a la escuela?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	PARA TRABAJAR EN CASA..... 1 NO HABIA DINERO..... 2 NO LE INTERESABA, NO QUISO 3 DIFICIL EL ESTUDIO..... 4 ESCUELA LEJOS..... 5 MALOS MAESTROS..... 6 ESC. EN MALAS CONDIC..... 7 ESCUELA SIN MAESTROS 8 MUCHA INSEGURIDAD..... 9 MAESTROS MALTRATAN..... 10 ENFERMO..... 11 NO PUEDE POR SU DISCAP..... 12 SE BURLAN..... 13 NO TIENE QUIEN LO LLEVE..... 14 PROBLEMA DE TRANSPORTE..... 15 NO LE PUSIERON A LA ESCUELA 16 PARA CUIDAR FAMILIAR ENFERMO 17 ESTUDIOS TERMINADOS 18 CARO PAGAR PASAJE 19 OTRO 96 <p align="center"><i>ESPECIFIQUE</i></p> NO PRECISA..... 98	
212	<p>¿Durante el año pasado, ha tenido algún tipo de capacitación profesional o para aprender un oficio?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA..... 8	214

2. EDUCACIÓN Y TRABAJO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
213	¿En dónde? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	MECD 1 INATEC 2 OTRA INSTITUCION GUBERNAMENTAL 3 ORGANIZACIÓN RELIGIOSA 4 ONG 5 PRIVADO 6 COMUNITARIO 7 EMPRESA FAMILIAR 8 EMPRESA NO FAMILIAR 9 NO PRECISA..... 98	
214	¿Durante la semana pasada hizo algún tipo de trabajo dentro o fuera de la casa? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA..... 8	→ 217
215	¿Le fue difícil o muy difícil conseguir ese trabajo? O fue fácil o muy fácil? O no fue ni fácil, ni difícil, fue lo normal? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	MUY DIFICIL 1 DIFICIL 2 NO MAS QUE LO NORMAL 3 FÁCIL 4 MUY FÁCIL 5 NO PUEDE PRECISAR 8	
216	Según usted ¿Tuvo igualdad o desigualdad de oportunidades, para conseguir este trabajo? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	DESIGUALDAD 1 IGUALDAD..... 2 NO SABE..... 8	→ 219
217	¿Por qué no trabajó durante la semana pasada? MARQUE UNA SOLA RESPUESTA	VACACIONES/ PERMISO..... 1 ENFERMO /SUBSIDIO..... 2 ESPERA CONT. LAB. AGRIC..... 3 ESPERABA RESPUESTA Y TRAB. ANT..... 4 ESPERABA NUEVO TRABAJO..... 5 BUSCO TRABAJO Y TRAB. ANTES..... 6 BUSCO POR 1a. VEZ..... 7 PENSIONADO /JUBILADO /RENT..... 8 QUEHACERES DOMESTICOS..... 9 ESTUDIANTE..... 10 DISCAPACIDAD TEMPORAL..... 11 DISCAPACIDAD ACTUAL..... 12 PERSONA ANCIANA..... 13 NO DAN TRABAJO POR DISCAP..... 14 OTRA 96 <i>ESPECIFIQUE</i> NO ACLARA..... 98	→ 219
218	¿A qué actividad se dedicó la semana pasada? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	VENDE EN PUESTO FIJO O AMBULANTE..... 1 LAVAR, PLANCHAR, COSER AJENO..... 2 HACER Y VENDER ALIMENTOS..... 3 HACER Y VENDER ARTESANIAS..... 4 AYUDANTE O APRENDIZ EN TALLER..... 5 HIZO LABORES DEL CAMPO..... 6 REPARTIÓ PAPELETAS..... 7 LUSTRO, HIZO MANDADOS..... 8 VENDIÓ LOTERIAS..... 9 MANUALIDADES 10 TALLER DE SILLAS DE RUEDAS 11 OTRA 15 <i>ESPECIFIQUE</i> NINGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA..... 97 NO ACLARA 98	→ 222 → 224

2. EDUCACIÓN Y TRABAJO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
219	¿Qué hacía o qué clase de trabajo desempeñó la semana pasada (o la última vez que trabajó)?	<hr/> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>	
220	¿Cuáles son los principales productos que se hacen, cultivan, venden o los servicios que prestan en el lugar donde trabaja o trabajó?	<hr/> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>	
221	<p>¿En esta ocupación (NOMBRE) trabaja o trabajó como asalariado, es decir, ¿como empleado u obrero? O ¿por cuenta propia? ¿patrón o empresario? ¿cooperativista? ¿O no era remunerado?</p> <p>INDAGUE PARA UBICAR CORRECTAMENTE LA CATEGORÍA</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	ASALARIADO (EMPLEADO / OBRERO) 1 CUENTA PROPIA 2 PATRÓN O EMPRESARIO 3 TRABAJADOR SIN PAGO..... 4 MIEMBRO COOPERATIVO 5 OTRO 6 <div style="text-align: center; font-size: small;">ESPECIFIQUE</div> NO PRECISA 8	
222	¿Aproximadamente cuántas horas, a la semana, trabaja (o dedica a esa actividad) normalmente?	# DE HORAS <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> INDETERMINADO 98	
223	¿Su discapacidad le crea dificultades para realizar adecuadamente ese trabajo (esa actividad)? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	} → 225
224	¿Desde hace cuánto tiempo no trabaja?	AÑOS 1 MESES..... 2 NUNCA HA TRABAJADO 997 NO PRECISA 998	} → 227
225	¿Cuánto gana por su trabajo (o esa actividad que realiza)? ESCRIBA CANTIDAD MENCIONADA . SI TRABAJADOR NO REMUNERADO ESCRIBA 00000. SI 99997 CÓRDOBAS O MÁS, ESCRIBA 99997. SI NO SABE CON PRECISIÓN, ESCRIBA 99998. ¿Cada cuánto le pagan? CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A LA PERIODICIDAD. CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">CÓRDOBAS</div> <div style="margin-left: 20px;">PERÍODO</div> </div> DIARIO 01 SEMANAL..... 02 CATORCENAL 03 QUINCENAL..... 04 MENSUAL 05 TRIMESTRAL 06 SEMESTRAL 07 ANUAL 08 NO REMUNERADO FAMILIAR 09 NO FAMILIAR 10 NO PRECISA 98	} → 227

2. EDUCACIÓN Y TRABAJO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
229	<p>¿Qué organismo o institución, le ha concedido la pensión o ayuda?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	INSS 1 INISER 2 ONG 3 ORGANISMO PRIVADO..... 4 ORGANISMO RELIGIOSO 5 OTRO 6 <p align="center"><i>ESPECIFIQUE</i></p> NO PRECISA 8	
230	<p>¿Hay alguien que dependa económicamente, de usted? ¿Cuántas personas?</p>	NADIE..... 00 → F 231 NÚMERO DE PERSONAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
F 230	VERIFIQUE P201 SI DE 15 Y MÁS AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 15 AÑOS <input type="checkbox"/> → F 231	
231	<p>¿Cuántas de esas personas son hijos suyos?</p>	NINGUNA 00 NÚMERO DE PERSONAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
F 231	VERIFIQUE P225, P226 Y P227 SI RECIBE ALGÚN INGRESO <input type="checkbox"/>	SI NINGÚN INGRESO <input type="checkbox"/> → 234	
232	<p>¿Cuánto de los gastos del hogar, se paga con lo que usted gana o recibe? ; Nada? ; Casi nada? ; Todo? ; La mitad? ¿Menos? o ¿Más que la mitad?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	NADA..... 1 CASI NADA 2 TODO..... 3 LA MITAD 4 MENOS DE LA MITAD 5 MÁS DE LA MITAD..... 6 NO SABE, NO ESPECIFICA 8	
233	<p>¿Cuánto dedica para cubrir los gastos de atención a su discapacidad, nada, parte o todo?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	NADA..... 1 PARTE..... 2 TODO..... 3 NO SABE, NO ESPECIFICA 8	
F 233	SI EL INFORMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	SI EL INFORMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> → Z 234B	
234	VERIFIQUE P225 TIENE INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> NO TIENE INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> <p>Si pudiera trabajar en su trabajo ideal ¿Cuál sería?</p> <p>Si trabajara ¿En qué le gustaría trabajar?</p> <p>CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN</p>	YA TRABAJA: EN LO QUE TRABAJA 1 → Z 234B EN OTRA COSA 2 NO TRABAJA PRECISA ALGO 3 NO QUIERE TRABAJAR 7 } → Z 234B NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
I 300	Quiero recordarle que la información que nos proporcione durante el transcurso de esta entrevista, de principio a fin, será confidencial v utilizada exclusivamente con fines de la investioación.		
F 300	VERIFIQUE P201 SI 6 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/>	I 314
IF 300	<p>Las preguntas que le voy a hacer ahora, son con el fin de entender mejor las dificultades que puedan tener las personas debido a sus problemas de salud. Por problemas de salud me refiero a una enfermedad, de corta o larga duración, heridas, fracturas o problemas mentales o emocionales (o de los nervios) o problemas causados por fumar, tomar alcohol o drogas. Aunque usted considere que no le conciernen, me gustaría que contestara todas las preguntas de esta sección, para tener una información completa. Cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud y cuando le pida que me hable de las dificultades que tiene a la hora de hacer algo, tenga en cuenta el aumento del esfuerzo, malestar o dolor, lentitud, cambios en el modo en que usted hacía o considera, debería hacer las cosas.</p>		
301A	¿Usa anteojos?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
301B	UTILICE EL NOMBRE, SI EL(LA) INFORMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD En los últimos 30 días, ¿Ha tenido (NOMBRE) dificultad para ver de lejos o de cerca (leer), aunque se ponga anteojos?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	302A
301C	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 CIEGO 5 NO PRECISA 8	
301D	¿ Que tanto han afectado su vida las dificultades para ver? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
302A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido (NOMBRE) dificultad para oír sonidos fuertes c una conversación normal?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	303A
302B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 SORDO 5 NO PRECISA 8	
302C	¿Usa audifono (aparato para oír)?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
302D	¿ Cuánto ha afectado su vida su dificultad para oír? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
303A	¿Tiene (NOMBRE) dificultad para hablar o no puede hablar del todo?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 304A
303B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHISIMA..... 4 MUDO 5 NO PRECISA 8	
303C	¿Qué tanto le ha afectado su vida esta dificultad para hablar? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHISIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
304A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para aprender una nueva tarea , por ejemplo, aprender a llevar a un lugar o un nuevo juego?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 304C
304B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHISIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
304C	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ F 304D
304D	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHISIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
F 304D	VER PREGUNTAS 304A Y 304C	ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES "SI" <input type="checkbox"/>	LAS 2 RESPUESTAS SON NEGATIVAS <input type="checkbox"/> → 305A
304E	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer a diario?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 304G
304F	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHISIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
304G	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 304I

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304H	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
304I	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para comprender en general lo que le dice o explica la gente?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 304K
304J	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
304K	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener una conversación ?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 304M
304L	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
304M	¿ Cuánto han afectado su vida estas dificultades para comprender y comunicarse? ¿De ninguna manera? POCO? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
305A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo, 30 minutos?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 305C
305B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
305C	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para caminar largas distancias , como 10 cuadras o un kilómetro, más o menos?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ F 305D
305D	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
F 305D	VER PREGUNTAS 305A Y 305C ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES "SI". <input type="checkbox"/>	LAS 2 RESPUESTAS SON NEGATIVAS <input type="checkbox"/>	→ 306A
305E	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para ponerse de pie cuando está sentado(a) en una silla o una banca?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 305G
305F	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA 1 MODERADA/ MEDIANA 2 MUCHA 3 MUCHÍSIMA 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
305G	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para moverse dentro de su casa ?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 305I
305H	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA 1 MODERADA/ MEDIANA 2 MUCHA 3 MUCHÍSIMA 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
305I	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para salir solo de su casa, sea porque tiene malestares físicos o por temor o inseguridad?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 305K
305J	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA 1 MODERADA/ MEDIANA 2 MUCHA 3 MUCHÍSIMA 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
305K	¿ Cuánto le han afectado, su vida, esas dificultades para moverse? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA 1 LEVEMENTE/POCO 2 MODERADAMENTE/ MUCHO 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
306A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para bañarse por sí solo (lavarse todo el cuerpo)?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 306C
306B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA 1 MODERADA/ MEDIANA 2 MUCHA 3 MUCHÍSIMA 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
306C	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para vestirse o ponerse los zapatos, por sí solo ? Incluyendo elegir lo que se va a poner?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ F 306D

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
306D	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
F 306D	VER PREGUNTAS 306A Y 306C ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES 'SI' <input type="checkbox"/>	LAS DOS RESPUESTAS SON NEGATIVAS <input type="checkbox"/>	→ F 306I
306E	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para comer por si solo?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → 306G
306F	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
306G	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para arreglárselas solo durante unos días?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → F 306I
306H	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
306I	¿ Cuánto le han afectado, su vida, estas dificultades para atender su cuidado personal? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
F 306I	VERIFICAR P201 SI 12 O MÁS AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOS DE 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ 307C
307A	En los últimos 30 días ¿Ha tenido dificultad para dirigirse o hablarle a personas que no conoce?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → 307C
307B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
307C	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para mantener una amistad?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → F 307D

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
307D	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
F 307D	VER PREGUNTAS 307A Y 307C ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES 'SI' <input type="checkbox"/>	LAS DOS RESPUESTAS SON NEGATIVAS <input type="checkbox"/>	→ 308A
307E	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → 307G
307F	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
307G	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para hacer nuevos amigos o amigas ?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → F 307H
307H	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
F 307H	VERIFICAR P201 EN SECCIÓN 2 SI 16 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 16 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ 307K
307I	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para tener manifestaciones amorosas , como besos, caricias o contacto sexual?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → 307K
307J	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
307K	¿ Cuánto le han afectado, su vida, esas dificultades para relacionarse con otras personas? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
308A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para hacer los quehaceres que acostumbra a hacer en su casa ? ACLARAR SEGÚN INDICA EL MANUAL, SI NECESARIO	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	} → F 308K

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
308B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
308C	En general ¿Cuántas horas a la semana dedica a los quehaceres del hogar?	# DE HORAS <input type="text"/> NINGUNA 00	
308D	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para realizar bien sus quehaceres domésticos más importantes?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 308F
308E	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
308F	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para concluir o acabar, todo el trabajo , que tenía que hacer, en casa ?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 308H
308G	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
308H	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para terminar de hacer sus quehaceres , tan rápido como era necesario?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 308J
308I	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
308J	¿ Cuánto le han afectado, su vida, estas dificultades para realizar las tareas domésticas? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
308K	En los últimos 30 días ¿ Durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a sus problemas de salud?	NINGUNO <input type="text"/> # DE DÍAS <input type="text"/> TODOS 95	
F 308K	SI AFIRMATIVAS, ES DECIR, SI LA PERSONA ESTUDIA, SE CAPACITA O REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL	SI NEGATIVAS, ES DECIR, SI LA PERSONA NO ESTUDIA, NI SE CAPACITA, NI REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD LABORAL	→ F 309M
309A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para trabajar y/o estudiar diariamente?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ F 309M

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
309B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
309C	En general ¿Cuántas horas a la semana dedica a su trabajo o estudio? Especifique, por favor. SI NO PRECISA ESCRIBA "98"	HORAS PARA ESTUDIO O CAPAC..... A <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS PARA TRABAJO..... B <input type="text"/> <input type="text"/> TOTAL DE HORAS PARA ESTUDIO, CAPACITACIÓN O TRABAJO..... C <input type="text"/> <input type="text"/>	
309D	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o estudio ?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 309F
309E	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
309F	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para concluir o terminar todo el trabajo o las tareas que necesitaba hacer?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 309H
309G	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
309H	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para acabar su trabajo ó sus tareas escolares tan rápido como era necesario?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 309J
309I	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
309J	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido que reducir su nivel de trabajo o su participación en su centro de estudios debido a sus problemas de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	
F 309J	VERIFICAR PREGUNTA 225 PERSONA GANA DINERO (HAY RESPUESTA) <input type="checkbox"/>	PERSONA NO GANA DINERO (NO HAY RESPUESTA) <input type="checkbox"/>	→ 309L
309K	En los últimos 30 días, ha ganado menos dinero , debido a sus problemas de salud?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
309L	¿ Cuánto le han afectado, su vida, esas dificultades para realizar sus tareas en el trabajo o en su centro de estudio? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
F 309L	VERIFICAR PREGUNTA 222 PERSONA REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL (SI HAY RESPUESTA) <input type="checkbox"/>	PERSONA NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD LABORAL <input type="checkbox"/>	F 309M
309M	En los últimos 30 días, ¿Ha perdido medio día o más de trabajo, debido a su problemas de salud? SI, SÍ ¿Cuántos ha perdido?	NO..... 00 # DE DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> TODOS 95	
F 309M	VERIFICAR P201 SI 12 O MAS AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOS DE 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	310C
310A	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para participar, al mismo tiempo que el resto de las personas, en actividades de la comunidad, como fiestas, actividades religiosas u otras?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	310C
310B	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
310C	En los últimos 30 días, ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente, sus problemas de salud? ¿Nada? ¿Poco? Medianamente? Mucho? Muchísimo?	DE NINGUNA MANERA / NADA..... 1 LEVEMENTE / POCO..... 2 MODERADAMENTE / MEDIANAMENTE..... 3 SEVERAMENTE / MUCHO..... 4 MUCHÍSIMO 5 EN FORMA EXTREMA 6 NO PRECISA 8	
F 310C	VER PREGUNTAS 310A Y 310C INFORMANTE ES PERSONA C/DISCAPACIDAD Y ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES "SI" <input type="checkbox"/>	INFORMANTE NO ES PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> INFORMANTE ES PERSONA CON DISCAPACIDAD Y LAS DOS RESPUESTAS SON NEGATIVAS <input type="checkbox"/>	311C 311A
310D	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad con los obstáculos o barreras , tanto físicos como sociales, existentes en su alrededor? Esto sería por ejemplo, la dificultad de movilidad en la calle.	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	310F
310E	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
310F	En los últimos 30 días, ¿ Las actitudes y acciones de las otras personas , hacia usted, le han causado dificultad para vivir con dignidad o respeto?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	310H

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310G	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
310H	En los últimos 30 días, ¿Cuánto le ha afectado económicamente , a usted y a su familia, sus problemas de salud? ¿Nada? ¿Poco? Medianamente? Mucho? Muchísimo?	DE NINGUNA MANERA / NADA..... 1 LEVEMENTE / POCO..... 2 MODERADAMENTE / MEDIANAMENTE..... 3 SEVERAMENTE / MUCHO..... 4 MUCHÍSIMO 5 EN FORMA EXTREMA 6 NO PRECISA 8	
310I	En los últimos 30 días, debido a sus problemas de salud ¿Su familia ha tenido dificultades?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 310K
310J	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
310K	En los últimos 30 días, ¿Ha tenido dificultad para realizar, por sí mismo(a) actividades que le ayuden a relajarse o para divertirse ?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	→ 310M
310L	Esta dificultad ha sido o es: ¿Poca? Mediana? Mucha? Muchísima?	LEVE / POCA..... 1 MODERADA/ MEDIANA..... 2 MUCHA..... 3 MUCHÍSIMA..... 4 COMPLETA 5 NO PRECISA 8	
310M	En los últimos 30 días, ¿Cuántos días ha dedicado a sus problemas de salud o a las consecuencias de los mismos? Es decir al cuidado de su salud?	NINGUNO 00 # DE DÍAS <input type="text"/> TODOS 95 NO PRECISA 98	
310N	¿ Cuánto le han afectado, su vida, estas dificultades para participar en las actividades de la comunidad? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
311A	Cuando contestó a las preguntas relacionadas, con las dificultades que ha tenido, ¿se comparó con alguien, por ejemplo, con usted mismo o con otras personas?	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA..... 8	→ 311C
311B	¿Con quién se comparó usted? Con usted mismo, cuando era más joven o antes de su problema de salud o con sus amigos u otras personas de su misma edad y sexo o con otro tipo de persona?	CONSIGO MISMO(A) CUANDO ERA MAS JOVEN 1 CONSIGO MISMO(A) ANTES DEL ACTUAL PROBLEMA DE SALUD 2 CON SUS AMIGOS 3 CON OTROS DE SU MISMA EDAD Y SEXO..... 4 OTRO 6 ESPECIFIQUE NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
311C	Me acaba de hablar acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar diversas actividades debido a sus problemas de salud. Teniendo todo esto en cuenta, ¿En qué medida estas dificultades son debidas a problemas de salud física , como enfermedades o lesiones, como heridas y fracturas? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
311D	¿En qué medida estas dificultades son debidas a problemas mentales o emocionales o de los nervios? Por estar triste, deprimido o tenso? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
311E	¿En qué medida estas dificultades son debidas a problemas relacionados con el uso de bebidas alcohólicas , como ron, cerveza, o aguardiente? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
311F	¿En qué medida estas dificultades son debidas a problemas relacionados con el uso de drogas? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
311G	¿En qué medida estas dificultades son debidas a problemas relacionados con el uso de sustancias , como medicinas para los nervios o el dolor o para cualquier otra cosa? ¿De ninguna manera? Poco? Mucho? Muchísimo? Completamente?	DE NINGUNA MANERA..... 1 LEVEMENTE/ POCO..... 2 MODERADAMENTE/ MUCHO..... 3 SEVERAMENTE/ MUCHÍSIMO..... 4 EN FORMA EXTREMA/ COMPLETAMENTE 5 NO PRECISA 8	
F 311G	VERIFIQUE P201 SI INFORMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y TIENE 17 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>	SI PERSONA CON DISCAPACIDAD MENOR DE 17 AÑOS <input type="checkbox"/> SI INFORMANTE NO ES PERSONA CON DISCAPACIDAD Y TIENE 17 AÑOS Y MAS <input type="checkbox"/>	F 315P 313AA
IF 311G	Las siguientes preguntas son para saber cómo se ha sentido. Por favor responda a todas las preguntas, (aunque crea que ya las contestó) simplemente señalando la respuesta que usted considere se aplica más a su situación. Recuerde que queremos conocer las actuales o recientes dolencias y no las pasadas, es decir, en los últimos 30 días, como ya se dijo anteriormente.		
312AA	En los últimos 30 días: ¿Ha perdido mucho sueño por sus preocupaciones?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312BA
312AB	Sea que usted sufra o no, normalmente de insomnio, durante este tiempo ha sido ¿Lo mismo que de costumbre? O un poco más que lo de costumbre? ¿O Mucho más que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MÁS DE LO USUAL..... 2 MUCHO MÁS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312BA	¿Se ha sentido constantemente tensionado (a))?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312CA

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
312BB	Sea que usted se sienta tensionado (a) generalmente, o no, en estos días, se ha sentido ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco más que lo de costumbre? ¿O Mucho más que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MÁS DE LO USUAL..... 2 MUCHO MÁS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312CA	¿Ha sido capaz de concentrarse en cualquier cosa que esté haciendo?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312DA 312DA
312CB	Sea usted o no, en general, capaz de concentrarse, en estos días, ¿Ha sentido lo mismo que de costumbre? O se ha sentido un poco menos capaz que lo de costumbre? ¿O mucho menos capaz que lo de costumbre?	COMO SIEMPRE 1 UN POCO MENOS CAPAZ QUE LO USUAL..... 2 MUCHO MENOS CAPAZ QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312DA	¿Ha sentido que lo que hace es útil e importante?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312EA 312EA
312DB	Sea que usted lo sienta normalmente o no, en los últimos 30 días ¿Lo que ha sentido, es lo que siente normalmente? O se ha sentido un poco menos útil que de costumbre? ¿O mucho menos útil que lo de costumbre?	LO QUE SIENTO NORMALMENTE 1 UN POCO MENOS ÚTIL QUE LO USUAL..... 2 MUCHO MENOS ÚTIL QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312EA	¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312FA 312FA
312EB	Se sienta o no, usted capaz de enfrentarlos, generalmente, usted se ha sentido, en estos días ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco menos capaz que lo de costumbre? ¿Mucho menos capaz que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MENOS CAPAZ QUE LO USUAL..... 2 MUCHO MENOS CAPAZ QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312FA	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312GA 312GA
312FB	Esas decisiones que no se ha sentido capaz de tomar, ha sido ¿Lo mismo que de costumbre? O se ha sentido un poco menos capaz que lo de costumbre? ¿O mucho menos capaz que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MENOS CAPAZ QUE LO USUAL..... 2 MUCHO MENOS CAPAZ QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312GA	¿Ha sentido que no puede sobrellevar sus dificultades?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312HA
312GB	Sienta o no, en general, que no puede sobrellevarlas, en estos días ha sentido, que no pudo hacerlo particularmente: ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco más que lo de costumbre? ¿Mucho más que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MÁS DE LO USUAL..... 2 MUCHO MÁS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312HA	De una manera general, ¿Se ha sentido razonablemente feliz?	SI 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	312IA 312IA
312HB	En general, aunque usted no se sienta feliz, generalmente, en los últimos 30 días, no se ha sentido razonablemente feliz ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco menos que lo de costumbre? ¿Mucho menos que de costumbre?	LO DE COSTUMBRE 1 UN POCO MENOS DE LO USUAL..... 2 MUCHO MENOS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
312IA	¿Se ha sentido capaz de disfrutar sus actividades cotidianas?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 312JA → 312JA
312IB	El sentirse incapaz de disfrutar de sus actividades cotidianas, le ha sucedido: ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco menos que lo de costumbre? ¿Mucho menos que de costumbre?	LO MISMO QUE DE COSTUMBRE 1 UN POCO MENOS DE LO USUAL 2 MUCHO MENOS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312JA	¿Se ha sentido infeliz o deprimido (a) ?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 312KA
312JB	Esa infelicidad y depresión, han sido: ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco más que lo de costumbre? ¿Mucho más que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MÁS DE LO USUAL 2 MUCHO MÁS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312KA	¿Ha estado perdiendo confianza en usted mismo?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 312LA
312KB	Esa pérdida de confianza, ha sido: ¿La misma que de costumbre? Un poco más que la de costumbre? ¿Mucho más que de costumbre?	COMO LO USUAL 1 UN POCO MÁS DE LO USUAL 2 MUCHO MÁS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
312LA	¿Ha pensado en usted como una persona sin valor o que no cuenta?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 313AA
312LB	Ese tipo de sentimientos, si usted lo siente generalmente, en estos días, lo sintió: ¿Lo mismo que de costumbre? Un poco más que lo de costumbre? ¿Mucho más que de costumbre?	LO USUAL 1 UN POCO MÁS DE LO USUAL 2 MUCHO MÁS QUE LO USUAL 3 NO PRECISA 8	
313AA	¿Toma usted algún tipo de pastilla o medicamento para sus nervios?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
313AB	¿Toma usted algún tipo de pastilla o medicamento por otro motivo?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 313AB	VERIFICAR PREGUNTAS 312AB, 312BB, 312CB, 312DB, 312EB, 312FB, 312GB, 312HB, 312IB, 312JB, 312KB Y 312LB. SI INFORMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y SI ALGUNA PREGUNTA TIENE RESPUESTA <input type="checkbox"/>	SI INFORMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD O SI NINGUNA DE LAS PREGUNTAS TIENE RESPUESTA <input type="checkbox"/>	→ F 313GA
IF 313AB	Le quiero recordar nuevamente que la información que nos está brindando es para uso exclusivamente estadístico, ningún registro personal será llevado. Es decir que nadie va a poder identificar el nombre de las personas que nos brindaron la información. Tenemos unas cuantas preguntas más, que querríamos hacerle.		
313B	¿Usted considera que sufre de una enfermedad nerviosa?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
313C	A las siguientes preguntas, me gustaría que me las respondiera todas, aunque tenga dudas. Me puede decir "Si" o "No", si está completamente seguro(a) de su respuesta, pero si no lo está, también me puede responder "No es seguro". ¿En el último año, ha habido ocasiones en las que usted se sintiera muy feliz, realmente, sin parar, por varios días?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	→ 313D
313CA	¿Hay una razón obvia para esto?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
313CB	¿Sus familiares o amigos piensan que es extraño o se quejan acerca de ello?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
313D	¿En el último año, alguna vez ha sentido que sus pensamientos, son interferidos o controlados por alguna fuerza externa u otra persona?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	→ 313E
313DA	¿Le sucede esto, de manera, que mucha gente lo encontraría difícil de creer? Por ejemplo, telepáticamente?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
313E	¿En el último año, ha habido veces que ha sentido que la gente estaba contra usted?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	→ 313F
313EA	¿Ha habido veces que siente que la gente ha estado actuando deliberadamente para hacerle daño o contra sus intereses?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
313EB	¿Ha habido veces que siente que un grupo de personas están conspirando para causarle daño severo o perjuicio?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
313F	En el último año ¿Ha habido veces que usted siente que algo extraño le está pasando?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	→ 313G
313FA	¿Lo siente tan extraño que otras personas lo encontrarían difícil de creer?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
313G	En el último año ¿Ha habido veces que usted ha oído o visto cosas que otra gente no las ha visto?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	→ F 313GA
313GA	¿Alguna vez oyó voces que le dicen unas pocas palabras o frases, cuándo no hay nadie a su alrededor que pueda confirmarlo?	SI 1 NO 2 NO ES SEGURO..... 3	
F 313GA	VERIFICAR EDAD EN P201 SI 65 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 65 AÑOS <input type="checkbox"/>	→ Z 317H
314	¿Le ha pasado, a veces, que usted no tiene tiempo de llegar al baño, para hacer sus necesidades?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ Z 317H

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
I 314	Las siguientes preguntas, tienen el objetivo de identificar los problemas generales y de crecimiento y desarrollo de los niños MENORES DE 6 AÑOS . Es decir, problemas con sus sentidos, su capacidad de moverse y reaccionar.		
315A	En comparación con los otros niños ¿Tiene (NOMBRE) dificultades para ver?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 315C
315B	¿Es ciego?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315C	¿Le parece a usted que tiene dificultades para oír bien?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	→ 315E
315D	¿Es sordo total?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315E	¿Tiene problemas para mover los brazos o alguna debilidad o rigidez?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315F	¿Tiene problemas para caminar o alguna debilidad o rigidez en las piernas?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315G	¿Le dan a veces ataques o convulsiones o se le pone rígido el cuerpo o da la impresión de desmayarse?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315H	¿Tiene dificultades para hacer las cosas, como los otros niños de su edad?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315I	En comparación con los demás niños, ¿Le da la impresión de ser lento o estar decaído?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 315I	VERIFICAR LA EDAD EN P201 SI DE 9 MESES A 5 AÑOS <input type="checkbox"/> SI MENOR DE 9 MESES. <input type="checkbox"/>		→ Z 317H
315J	En comparación con los otros niños de su edad ¿Tiene (NOMBRE) dificultades importantes para mantenerse sentado?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 315J	VERIFICAR LA EDAD EN P201 SI DE 12 MESES A 5 AÑOS <input type="checkbox"/> SI MENOR DE 12 MESES. <input type="checkbox"/>		→ Z 317H
315K	Siempre en comparación con los otros niños de su edad ¿Tiene (NOMBRE) dificultades importantes para mantenerse de pie?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
F 315K	VERIFICAR LA EDAD EN P201 SI DE 18 MESES A 5 AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 18 MESES. <input type="checkbox"/>	Z 317H
315L	Siempre comparando con los otros niños de su edad ¿Tiene (NOMBRE) dificultades importantes para caminar?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 315L	VERIFICAR LA EDAD EN P201 SI DE 2 A 3 AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 2 AÑOS. <input type="checkbox"/> SI 4 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>	Z 317H F 315M
315M	¿Tiene problemas para identificar, de alguna manera, por lo menos una cosa, como un juguete, una mascota (perro, gato, chocoyo)?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 315M	VERIFICAR LA EDAD EN P201 SI DE 2 A 5 AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 2 AÑOS. <input type="checkbox"/>	Z 317H
315N	Si le dice a (NOMBRE) hacer alguna cosa ¿Tiene problemas para comprender ordenes sencillas?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 315N	VERIFICAR LA EDAD EN P201 SI DE 3 A 5 AÑOS <input type="checkbox"/>	SI MENOR DE 3 AÑOS. <input type="checkbox"/>	Z 317H
315O	¿Usted ha notado que habla menos claro que los otros niños de su edad o tienen las personas extrañas dificultades para entenderle?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
315P	¿Le han diagnosticado los médicos o los psicólogos algún problema o enfermedad grave que le ha durado más de un año, por lo que necesita cuidados especiales?	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
F 315P	VERIFICAR EDAD EN P201 SI PERSONA C/DISCAPAC. DE 4 A 16 AÑOS Y NO ES EL INFORMANTE <input type="checkbox"/>	SI PERSONA CON DISCAPACIDAD TIENE DE 4 A 16 AÑOS Y ES EL (LA) INFORMANTE <input type="checkbox"/> SI PERSONA CON DISCAPACIDAD MENOR DE 4 AÑOS O DE 17 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>	Z 317H
IF 315P	Las siguientes preguntas, tienen el objetivo de identificar los problemas emocionales y de comportamiento de los niños y adolescentes. Es decir, problemas con sus sentimientos, concentración, comportamiento y relaciones con las otras personas. Deme por favor sus respuestas en base al comportamiento de (NOMBRE) en los últimos seis meses. Y dígame, para cada pregunta que le haga, si lo que le digo, es o no cierto y si es cierto, si es un poco cierto o muy cierto, por favor.		
316A	¿(NOMBRE) es considerado con los sentimientos de las otras personas?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316B	¿(NOMBRE) es intranquilo, hiperactivo, no puede quedarse quieto, por mucho tiempo?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
316O	¿(NOMBRE) se distrae o pierde fácilmente, su concentración? O como decimos los nicaraguenses. ¿ Se queda ido?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316P	¿(NOMBRE) es nervioso o tímido en situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316Q	¿(NOMBRE) trata bien y es amable con los niños más pequeños (o más jóvenes) que él (ella)?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316R	¿(NOMBRE), a menudo, miente o hace trampa?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316S	¿A (NOMBRE), le hacen burla o es molestado, amenazado o agredido por los otros niños o jóvenes de su edad?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316T	¿(NOMBRE) es, a menudo, voluntario para ayudar a otros (padres, maestros u otros niños o jóvenes de su edad)?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316U	¿(NOMBRE) piensa las cosas antes de hacerlas?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316V	¿(NOMBRE) toma las cosas sin permiso de su dueño, en la casa, en la escuela u otra parte? Es decir, ¿se "cacha" las cosas de otros?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316W	¿(NOMBRE) se entiende mejor con los adultos que con los otros niños o jóvenes de su edad?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316X	¿(NOMBRE) tiene muchos temores, se asusta fácilmente?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
316Y	¿Termina (NOMBRE) lo que empieza, no deja a "medio palo" las cosas? ¿Pone cuidado en lo que hace?	NO ES CIERTO..... 1 UN POCO CIERTO 2 MUY CIERTO 3 NO PRECISA..... 8	
317A	De una manera general ¿piensa que (NOMBRE) tiene dificultades para expresar sus sentimientos ? en concentrarse? en llevarse con la gente? en su manera de ser en general? SI TIENE DIFICULTADES: ¿Algunas dificultades? Claras dificultades? O muchas dificultades?	NO TIENE DIFICULTADES 1 SI, TIENE POCAS DIFICULTADES 2 SI, TIENE CLARAS DIFICULTADES..... 3 SI, TIENE MUCHAS DIFICULTADES..... 4 NO PRECISA..... 8	Z 317H Z 317H

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES			
	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
317B	¿Cuánto tiempo han estado presente estas dificultades?	MENOS DE UN MES 1 DE 1 A 5 MESES 2 DE 6 A 11 MESES 3 DE UN AÑO O MÁS 4 NO PRECISA..... 8	
317C	¿Estas dificultades perturban o afligen a (NOMBRE)?	PARA NADA 1 SOLO UN POCO 2 BASTANTE 3 MUCHISIMO 4 NO PRECISA..... 8	
317D	Las próximas preguntas son para saber si las dificultades que me mencionó, interfieren con diferentes aspectos de la vida de (NOMBRE). ¿Interfieren con su vida en el hogar?	PARA NADA 1 SOLO UN POCO 2 BASTANTE 3 MUCHISIMO 4 NO PRECISA..... 8	
317E	¿Interfieren en las relaciones con sus amigos?	PARA NADA 1 SOLO UN POCO 2 BASTANTE 3 MUCHISIMO 4 NO PRECISA..... 8	
F 317E	VERIFIQUE P203 DE LA SECCIÓN 2 SI ASISTE A LA ESCUELA <input type="checkbox"/> SI NO ASISTE A LA ESCUELA <input type="checkbox"/> → Z 317H		
317F	¿Interfieren para que aprendan sus lecciones y todo lo que le enseñan en la escuela?	PARA NADA 1 SOLO UN POCO 2 BASTANTE 3 MUCHISIMO 4 NO PRECISA..... 8	
317G	¿Interfieren en sus diversiones?	PARA NADA 1 SOLO UN POCO 2 BASTANTE 3 MUCHISIMO 4 NO PRECISA..... 8	
317H	Estas dificultades son una carga para usted o su familia?	PARA NADA 1 SOLO UN POCO 2 BASTANTE 3 MUCHISIMO 4 NO PRECISA..... 8	
Z 317H	INFORMANTE PRINCIPAL DE ESTA SECCIÓN SI EL INFORMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, INDAGUE SI ES O NO MIEMBRO DEL HOGAR. CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN	LA PERSONA C / DISCAPACIDAD 1 OTRA PERSONA MIEMBRO DEL HOGAR 2 NO MIEMBRO DEL HOGAR 3	
FZ 317H	VERIFIQUE EDAD EN P201	SI DE 6 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/> → I 400 SI MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> → IZ 629	

4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA DISCAPACIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
I 400	<p align="center">ESTA SECCIÓN SE APLICARA A PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS. RECUERDE DE HABLAR EN TERCERA PERSONA, SI EL INFORMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD. Ahora le preguntaremos sobre la deficiencia que sufre (NOMBRE) así como la causa de la discapacidad, los cuidados, tratamientos y ayudas requeridos.</p>		
401	<p>¿Qué edad tenía cuando comenzó su principal discapacidad o problema de salud?</p> <p>O SI LA PERSONA DUDA</p> <p>¿Hace cuánto tiempo comenzó su discapacidad?</p> <p>MARQUE LAS OPCIONES DE RESPUESTAS, SEGÚN LO QUE LE INFORMEN: UNA SOLA OPCIÓN</p>	<p>EDAD EN AÑOS 1 <input type="checkbox"/></p> <p>EDAD EN MESES..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>EDAD EN DÍAS 3 <input type="checkbox"/></p> <p>DURACIÓN EN AÑOS 4 <input type="checkbox"/></p> <p>DURACIÓN EN MESES 5 <input type="checkbox"/></p> <p>INDETERMINADO / NO PRECISA 8</p>	
402	<p>¿Cuál es su principal deficiencia? Se les llama deficiencias, a los problemas de funcionamiento de alguna o algunas partes del cuerpo o a los defectos o faltas de las partes mismas del cuerpo.</p> <p>SI DEFICIENCIA VISIBLE, COMO CEGUERA TOTAL, FALTA DE PIERNA, ETC) :</p> <p>Hábleme de todo lo que tenga, incluyendo (MENCIONE LA DEFICIENCIA VISIBLE).</p> <p>ESCRIBA TODO LO QUE MENCIONE O VEA USTED MISMO, INCLUYENDO LA DEFICIENCIA VISIBLE. OCUPE LOS MÁRGENES SI NECESARIO.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
403	<p>¿Cuál fue la principal causa de esa deficiencia?</p> <p>CIRCULE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.</p>	<p>DE NACIMIENTO 1</p> <p>ENFERMEDAD INFECCIOSA O PARASITARIA 2</p> <p>ENFERMEDAD LABORAL 3</p> <p>PROBLEMA DE PARTO 4</p> <p>OTRAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES (INCLUSO VEJEZ)..... 5</p> <p>LESIONES CAUSADAS POR :</p> <p>ACCIDENTE DE VEHÍCULO A MOTOR 6</p> <p>OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE 7</p> <p>CAÍDAS 8</p> <p>AHOGAMIENTO O SUMERSIÓN ACCIDENTAL 9</p> <p>EXPOSICIÓN AL HUMO, FUEGO, LLAMA..... 10</p> <p>ENVENENAMIENTO POR TOMAR O EXPONERSE A SUSTANCIAS TOXICAS..... 11</p> <p>OTRO ACCIDENTE..... 12</p> <p>AGRESIÓN DE OTRA PERSONA 13</p> <p>ACCIONES DE GUERRA 14</p> <p>AUTO INFLINGIDO 15</p> <p>DESASTRE NATURAL 16</p> <p>MINAS ANTIPERSONALES 17</p> <p>OTRO 96</p> <p align="center">ESPECIFIQUE</p> <p>NO SABE..... 98</p>	<p>→ 404</p> <p>→ 404</p>

4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA DISCAPACIDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
410	SI NADIE LE CUIDA PRINCIPALMENTE, INDAGAR SOBRE LA PRIMERA PERSONA QUE MENCIONO EL INFORMANTE. ¿Esa persona forma parte de este hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA..... 8	
411	MARQUE EL SEXO DE LA PERSONA QUE CUIDA . SI TODAVÍA HAY DUDA SOBRE ESTE, PREGUNTAR La persona que le cuida, ¿es hombre o mujer?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2	
411B	¿Cuántos años cumplidos tiene la persona que le cuida?	AÑOS <input type="text"/> NO SABE 98	
412	¿Cuántas horas a la semana le cuida esta persona?	HORAS <input type="text"/> TODO EL TIEMPO 995 INDETERMINADO / NO PRECISA 998	
F 412	VERIFIQUE P408 SI VARIAS PERSONAS CUIDAN <input type="checkbox"/> SI UNA SOLA PERSONA LE CUIDA <input type="checkbox"/>		414
413	¿Cuántas horas a la semana le cuidaron esas personas en total?	HORAS <input type="text"/> TODO EL TIEMPO 995 INDETERMINADO / NO PRECISA 998	
414	¿Cuánto pagó en total por estos cuidados, en las últimas dos semanas?	CÓRDOBAS <input type="text"/> NADA 0000 INDETERMINADO / NO PRECISA 9998	
415	¿Necesita alguna alimentación que se tenga que preparar especialmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO ACLARA 8	F 416
416	¿Le preparan especialmente sus alimentos?	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA 8	
F 416	VERIFICAR P313AA Y P313AB TOMA ALGÚN MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> NO TOMA MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>		421
418	Usted mencionó que toma algún medicamento o pastilla, ¿Cómo les toma? ¿En ocasiones, por período, o permanentemente? INDAGUE Y CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN.	EN OCASIONES..... 1 PERIODOS DE MENOS DE 3 MESES..... 2 PERIODOS DE 3 A 5 MESES..... 3 PERIODOS DE 6 MESES..... 4 PERIODOS DE 7 A 12 MESES..... 5 PERMANENTEMENTE..... 6 INDETERMINADO 8	
419	¿Cómo lo obtiene?¿Lo compra? ¿Se lo dan? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN.	FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO UNA PARTE 1 FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO TODO 2 FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO PARTE Y EL SEGURO EL RESTO..... 3 FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO TODO, PERO RECUPERÓ TODO O PARTE DEL SEGURO..... 4 OTRA 6 ESPECIFIQUE TOTALMENTE GRATIS 7 NO PRECISA 8	

4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA DISCAPACIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
420	¿Desde hace cuánto tiempo lo toma?	AÑOS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> INDETERMINADO 998	
421	¿Usa algún tipo de prótesis? ¿Es decir le han colocado algo para reemplazar una parte faltante de su cuerpo? MARQUE TODOS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE	P. MIEMBRO SUPERIOR UNILATERAL..... A P. MIEMBRO SUPERIOR BILATERAL..... B P. MIEMBRO INF.ARRIBA RODILLA / UNILATERAL C P. MIEMBRO INF. ARRIBA / RODILLA / BILATERAL D P. MIEMBRO INF.ABAJO / RODILLA UNILATERAL E P. MIEMBRO INF.ABAJO / RODILLA BILATERAL F PRÓTESIS OCULAR G PRÓTESIS AUDITIVA H NINGUNA Y NO PRECISA Z	
422	¿Usa alguna órtesis? Es decir usa algún aparato que le hayan puesto, para ayudarle a manejar mejor alguna parte de su cuerpo? MARQUE TODOS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE	ÓRTESES MIEMBRO SUPERIOR A ÓRTESES MIEMBRO INFERIOR UNILATERAL..... B ÓRTESES MIEMBRO INFERIOR BILATERAL..... C NINGUNA Y NO PRECISA Z	
423	¿Usa algún tipo de material que se repone regularmente, como bolsa recolectora, sondas u otras cosas de este tipo? [MARQUE TODOS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE]	SONDA FOLEY A BOLSA RECOLECTORA B PRESERVATIVO ESPECIAL O SONDA EXTERNA C NINGUNA Y NO PRECISA Z	
424	¿Usa algún otro tipo de ayudas técnicas, como muletas, bastones, audífonos, andariveles u otra ayuda de este tipo? MARQUE TODOS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE	MULETAS..... A BASTONES B ANDARIVELES..... C SILLA DE RUEDAS..... D AUDIFONO..... E BASTÓN BLANCO..... F ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO G OTRA X _____ ESPECIFIQUE NINGUNA Y NO PRECISA Z	
F 424	VERIFIQUE P423 USA ALGUN TIPO DE MATERIAL DE REPOSICIÓN PERIÓDICA <input type="checkbox"/>	NO USA NINGUN MATERIAL DE REPOSICIÓN PERIÓDICA <input type="checkbox"/>	→ 427
425	¿Cada cuánto las recibe? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN.	CASI NUNCA..... 1 FRECUENTEMENTE..... 2 OCASIONALMENTE..... 3 SIEMPRE..... 4 NO PRECISA 8	
426	¿Como obtiene las ayudas y el material que se repone? CIRCULE UNA SOLA OPCIÓN.	FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO UNA PARTE..... 1 FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO TODO 2 FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO PARTE / SEGURO RESTO..... 3 FAMILIA O ÉL (ELLA) PAGO TODO Y RECUPERÓ TODO O PARTE DE SEGURO..... 4 TOTALMENTE GRATIS 5 OTRA 6 _____ ESPECIFIQUE NO SABE 98	

4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA DISCAPACIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
427	¿Actualmente le hace falta a usted algún aparato, ayuda, medicamento o alimentación especial que necesite? CIRCULE TODO LO QUE MENCIONE	APARATO A AYUDA TÉCNICA B MEDICAMENTO C ALIMENTACIÓN ESPECIAL D OTRO X _____ ESPECIFIQUE NO Y	→ 429
428	¿ Qué necesita específicamente?	_____ _____ _____ [] [] [] []	
429	¿Ha tenido capacitación u orientación para prevenir complicaciones?	SI, SIEMPRE..... 1 SI, FRECUENTEMENTE..... 2 SI, OCASIONALMENTE..... 3 CASI NUNCA 4 NO / NUNCA..... 5 NO PRECISA 8	→ Z 430
430	¿Pone en práctica las medidas que le han enseñado y sigue los consejos, para prevenir complicaciones?	SI, SIEMPRE..... 1 SI, FRECUENTEMENTE..... 2 SI, OCASIONALMENTE..... 3 CASI NUNCA 4 NO..... 5 NO PRECISA 8	
Z 430	INFORMANTE DE ESTA SECCIÓN	LA PERSONA C / DISCAPACIDAD 1 OTRA PERSONA 2 RESIDENTE EN EL HOGAR 2 NO RESIDENTE EN EL HOGAR 3	→ 1500
<p>OBSERVACIONES A SECCION 4</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

5. SERVICIOS UTILIZADOS Y NECESITADOS			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
I 500	ESTA SECCIÓN LA RESPONDERAN LAS PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS Las siguientes preguntas son para conocer los servicios que usted utiliza, su opinión sobre ellos y servicios que necesite y no tenga.		
501	¿Cuáles servicios de salud o de rehabilitación en general, ha recibido, en los últimos doce meses, para su discapacidad? Tales como ir al hospital o al centro de salud, recibir fisioterapia, charlas o consejos de abogados, trabajadores sociales o de ONG's o ir al INSS a gestionar pensiones o ayudas técnicas.	ATENCIÓN EN SALUD A SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO (EXÁMENES, RADIOGRAFIAS, ETC) C ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN (INCLUIDA VOCACIONAL) D PROVISIÓN AYUDAS TÉCNICAS..... E ATENCIÓN SOCIAL..... F CONSEJERIAS (INCLUIDA LEGAL) G EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN H BENEFICIOS SOCIALES I OTRO X _____ ESPECIFIQUE NINGUNO..... Y	506
502	CIRCULE EL CÓDIGO ALFABÉTICO DE TODOS LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN P501 ¿En dónde recibió los servicios de (NOMBRE CADA SERVICIO CIRCULADO) ? CIRCULE EL CÓDIGO NUMÉRICO DEL LUGAR DONDE RECIBIÓ CADA SERVICIO.	A C D E F G H I X SECTOR PÚBLICO HOSPITAL GENERAL 11 11 11 11 11 11 11 11 HOSPITAL DE REHABILITACION 12 12 12 12 12 12 12 12 POLICLINICA 13 13 13 13 13 13 13 13 UNIDAD DE SALUD MINSA (CENTRO, PUESTO) 14 14 14 14 14 14 14 14 INSS 15 15 15 15 15 15 15 15 MIFAMILIA 16 16 16 16 16 16 16 16 INATEC 17 17 17 17 17 17 17 17 SECTOR COMUNITARIO ALCALDÍA 21 21 21 21 21 21 21 21 CASA BASE 22 22 22 22 22 22 22 22 OTRO COMUNITARIO 23 23 23 23 23 23 23 23 SECTOR PRIVADO CLINICA / HOSPITAL 31 31 31 31 31 31 31 31 CONSULTORIO / DISPENSARIO 32 32 32 32 32 32 32 32 OTRO PRIVADO EN SALUD 33 33 33 33 33 33 33 33 ONG 36 36 36 36 36 36 36 36 CLUBES DE PERS. CON DISCAP. 37 37 37 37 37 37 37 37 ORGANIZ. DE PERS.CON DISCAP. 38 38 38 38 38 38 38 38 OTRO 96 96 96 96 96 96 96 96 _____ ESPECIFIQUE	
503	CIRCULE EL CÓDIGO ALFABÉTICO DE TODOS LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN P501 ¿Qué persona le brindó los servicios de (NOMBRE CADA SERVICIO CIRCULADO)? CIRCULE EL CÓDIGO NUMÉRICO DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EN CADA SERVICIO.	A C D E F G H I X MÉDICO GENERAL 1 1 1 1 1 1 1 1 MÉDICO FISIATRA 2 2 2 2 2 2 2 2 MÉDICO PSIQUIATRA 3 3 3 3 3 3 3 3 OTRO ESPECIALISTA MÉDICO 4 4 4 4 4 4 4 4 MÉDICO NATURISTA 5 5 5 5 5 5 5 5 PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA 6 6 6 6 6 6 6 6 TÉCNICO EN FISIOTERAPIA 7 7 7 7 7 7 7 7 ENFERMERA 8 8 8 8 8 8 8 8 OTRO PERSONAL DE SALUD 9 9 9 9 9 9 9 9 PSICÓLOGO 10 10 10 10 10 10 10 10 TRABAJADOR SOCIAL 11 11 11 11 11 11 11 11 AGENTE COMUNITARIO 12 12 12 12 12 12 12 12 CURANDERO / BRUJO 13 13 13 13 13 13 13 13 OTRO..... 96 96 96 96 96 96 96 96 NO PRECISA 98 98 98 98 98 98 98 98 OTRO _____ ESPECIFIQUE	

5. SERVICIOS UTILIZADOS Y NECESITADOS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																																		
504	<p>CIRCULE EL CÓDIGO ALFABÉTICO DE TODOS LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN P501.</p> <p>¿Cuán satisfecho está con los servicios de (NOMBRE CADA SERVICIO CIRCULADO)?</p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO NUMÉRICO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN PARA CADA SERVICIO</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">A</td> <td align="center">C</td> <td align="center">D</td> <td align="center">E</td> <td align="center">F</td> <td align="center">G</td> <td align="center">H</td> <td align="center">I</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td>MUY SATISFECHO.....</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>SATISFECHO.....</td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>NI SATISFECHO, NI INSATISFECHO.....</td> <td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>INSATISFECHO.....</td> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>MUY INSATISFECHO.....</td> <td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>INDEFINIDO</td> <td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td> </tr> </table>		A	C	D	E	F	G	H	I	X	MUY SATISFECHO.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SATISFECHO.....	2	2	2	2	2	2	2	2	2	NI SATISFECHO, NI INSATISFECHO.....	3	3	3	3	3	3	3	3	3	INSATISFECHO.....	4	4	4	4	4	4	4	4	4	MUY INSATISFECHO.....	5	5	5	5	5	5	5	5	5	INDEFINIDO	8	8	8	8	8	8	8	8	8																																																													
	A	C	D	E	F	G	H	I	X																																																																																																																												
MUY SATISFECHO.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																												
SATISFECHO.....	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																																																																																												
NI SATISFECHO, NI INSATISFECHO.....	3	3	3	3	3	3	3	3	3																																																																																																																												
INSATISFECHO.....	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																																																												
MUY INSATISFECHO.....	5	5	5	5	5	5	5	5	5																																																																																																																												
INDEFINIDO	8	8	8	8	8	8	8	8	8																																																																																																																												
505	<p>CIRCULE EL CÓDIGO ALFABÉTICO DE TODOS LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN P501.</p> <p>Según usted, ¿cuál es el problema más importante de (NOMBRE CADA SERVICIO MENCIONADO EN P501) ?</p> <p>CIRCULE EL CÓDIGO NUMÉRICO DEL PROBLEMA DEL ESTABLECIMIENTO</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">A</td> <td align="center">C</td> <td align="center">D</td> <td align="center">E</td> <td align="center">F</td> <td align="center">G</td> <td align="center">H</td> <td align="center">I</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td>NO LO QUIEREN ATENDER.....</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>COLAS.....</td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>MALA ATENCIÓN.....</td> <td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>ESPERA.....</td> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>MALTRATO MÉDICO</td> <td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>MALTRATO NO MÉDICO.....</td> <td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>POCO ACCESIBLE GENERALMENTE (CARO, HORARIO INADECUADO, ETC.)</td> <td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>POCO ACCESIBLE FÍSICAMENTE</td> <td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO</td> <td>97</td><td>97</td><td>97</td><td>97</td><td>97</td><td>97</td><td>97</td><td>97</td><td>97</td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td>98</td><td>98</td><td>98</td><td>98</td><td>98</td><td>98</td><td>98</td><td>98</td><td>98</td> </tr> <tr> <td>OTRO _____</td> <td align="center" colspan="9">ESPECIFICAR</td> </tr> </table>		A	C	D	E	F	G	H	I	X	NO LO QUIEREN ATENDER.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	COLAS.....	2	2	2	2	2	2	2	2	2	MALA ATENCIÓN.....	3	3	3	3	3	3	3	3	3	ESPERA.....	4	4	4	4	4	4	4	4	4	MALTRATO MÉDICO	5	5	5	5	5	5	5	5	5	MALTRATO NO MÉDICO.....	6	6	6	6	6	6	6	6	6	POCO ACCESIBLE GENERALMENTE (CARO, HORARIO INADECUADO, ETC.)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	POCO ACCESIBLE FÍSICAMENTE	8	8	8	8	8	8	8	8	8	OTRO	96	96	96	96	96	96	96	96	96	NINGUNO	97	97	97	97	97	97	97	97	97	NO SABE	98	98	98	98	98	98	98	98	98	OTRO _____	ESPECIFICAR									
	A	C	D	E	F	G	H	I	X																																																																																																																												
NO LO QUIEREN ATENDER.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																												
COLAS.....	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																																																																																												
MALA ATENCIÓN.....	3	3	3	3	3	3	3	3	3																																																																																																																												
ESPERA.....	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																																																												
MALTRATO MÉDICO	5	5	5	5	5	5	5	5	5																																																																																																																												
MALTRATO NO MÉDICO.....	6	6	6	6	6	6	6	6	6																																																																																																																												
POCO ACCESIBLE GENERALMENTE (CARO, HORARIO INADECUADO, ETC.)	7	7	7	7	7	7	7	7	7																																																																																																																												
POCO ACCESIBLE FÍSICAMENTE	8	8	8	8	8	8	8	8	8																																																																																																																												
OTRO	96	96	96	96	96	96	96	96	96																																																																																																																												
NINGUNO	97	97	97	97	97	97	97	97	97																																																																																																																												
NO SABE	98	98	98	98	98	98	98	98	98																																																																																																																												
OTRO _____	ESPECIFICAR																																																																																																																																				
506	<p>¿Hay alguna institución u organización que haya hecho algo por usted?</p>	<p>SI 1</p> <p>NINGUNA..... 2</p> <p>NO SABE / NO PRECISA 8</p>	<p>→ 509</p>																																																																																																																																		
507	<p>Mencione alguna. Si hay varias organizaciones o instituciones, que han hecho algo por usted, mencione a la que lo ha hecho mejor.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>																																																																																																																																			

5. SERVICIOS UTILIZADOS Y NECESITADOS			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
508	¿En dónde se encuentra ubicada, esta institución? ¿En que municipio y departamento y cuál es su dirección? ¿Sabe el nombre del barrio o si es en el área rural, de la Comunidad? ¿Sabe el nombre de la Comarca? INDAGUE Y ESCRIBA TODOS LOS DATOS PROPORCIONADOS.	MUNICIPIO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> COMARCA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> BARRIO O COMUNIDAD _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
509	¿Ha tenido algún accidente en el último año? ¿Cuántos?	NO HA TENIDO ACCIDENTES 00 # DE ACCIDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	→ Z 512
510	¿Cuál fue la causa de este(os) accidente(s)? CIRCULE LA OPCIÓN MENCIONADA	ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO..... 1 OTRO ACCIDENTE DE TRANSPORTE..... 2 CAIDAS 3 AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTAL..... 4 EXPOSICIÓN AL HUMO, FUEGO, LLAMAS..... 5 ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR TOMAR O EXPONERSE A SUSTANC. TOXICAS..... 6 OTRO _____ 96 ESPECIFIQUE NO ESPECIFICA 98	
511	¿En qué lugar ocurrió (el más importante)? CIRCULE LA OPCIÓN MENCIONADA	HOGAR..... 1 CALLE..... 2 CENTRO DE ESTUDIO..... 3 CENTRO DE TRABAJO..... 4 LUGAR PÚBLICO 5 INSTITUCIÓN U ORG. DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD..... 6 OTRO _____ 96 ESPECIFIQUE NO ESPECIFICA 98	
512	¿Le causó este (alguno de estos) accidente(s), algún agravamiento a su discapacidad? CIRCULE LA OPCIÓN MENCIONADA	ACCIDENTE FUE LA CAUSA DE LA DISCAPACIDAD ACTUAL 1 SIN CAMBIOS EN LA DISCAPACIDAD 2 AUMENTO DISCAPACIDAD EXISTENTE O TUVO UNA NUEVA 3 AFECTO ÓRGANOS VITALES O ESTUVO A PUNTO DE MORIR..... 4 NO SABE 8	
Z 512	INFORMANTE DE ESTA SECCIÓN	LA PERSONA C / DISCAPACIDAD 1 OTRA PERSONA 2 MIEMBRO DEL HOGAR 2 NO MIEMBRO DEL HOGAR 3	→ I 600
OBSERVACIONES A SECCION 5 _____ _____ _____ _____			

6. INTERRELACIONES Y DERECHOS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
I600	ESTA SECCIÓN, LA RESPONDERÁN, LAS PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS. COMIENCE CON UNA INTRODUCCIÓN. En esta última parte, me quisiera informar sobre sus diversiones y otras especificaciones de sus relaciones con las personas.		
601	¿Sale de paseo? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	SI..... 1 NO..... 2 NO ACLARA 8	→ 605
602	¿Cada cuánto sale a pasear? REGISTRE EL NUMERO DE VECES POR EL PERIODO DE TIEMPO EN QUE LO REALIZA	# DE VECES <input type="text"/> POR DIA 1 SEMANA 2 QUINCENA 3 MES 4 AÑO 5 NO PRECISA 8	→ 605
603	¿Adónde va de paseo? MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE	CANCHA / CENTRO DEPORTIVO A PARQUE B CINE C RESTAURANTE D VISITAS A OTRAS PERSONAS E BALNEARIO F IGLESIA G OTRO X ESPECIFIQUE NO PRECISA Z	→ 605
604	¿Con quién va de paseo? MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	ESPOSO (A) A ABUELO (A) B HIJO (A) C MADRE D PADRE E HERMANO (A) F NIETO (A) G OTRO(A) PARIENTE H EMPLEADO(A) I AMIGO (A) J VECINO (A) K TRABAJADOR (A) SOCIAL L TRABAJADOR(A) DE ONG M TRABAJADOR(A) COMUNITARIO(A) N OTRA (O) X ESPECIFIQUE SOLO Y NO PRECISA Z	
605	¿De qué manera se divierte o se distrae? MARQUE TODOS LOS ACTIVIDADES QUE MENCIONE ¿Otra cosa?	ESCUCHANDO LA RADIO A VIENDO LA TV B PLATICANDO CON LOS AMIGOS C HACIENDO MANUALIDADES D LEYENDO E PRACTICANDO DEPORTES F BEBIENDO TRAGOS G EN FIESTAS, BAILES H ESCUCHANDO MUSICA I YENDO DE PASEO J OTRO X ESPECIFIQUE CON NADA Y NO PRECISA Z	

6. INTERRELACIONES Y DERECHOS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
606	¿Cómo le gustaría divertirse o distraerse? MARQUE TODOS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE ¿Otra cosa?	ESCUCHANDO LA RADIO A VIENDO LA TV B PLATICANDO CON LOS AMIGOS C HACIENDO MANUALIDADES D LEYENDO..... E PRACTICANDO DEPORTES..... F BEBIENDO TRAGOS..... G EN FIESTAS, BAILES..... H ESCUCHANDO MUSICA I YENDO DE PASEO J OTRO X ESPECIFIQUE CON NADA Y NO PRECISA Z	
607	¿Pertenece a alguna organización social, comunitaria, religiosa, sindical u otra? MARQUE TODOS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE	ORGANIZACIONES POLÍTICAS..... A ORGANIZACIONES COMUNALES..... B ORGANIZACIONES CULTURALES..... C ORGANIZACIONES DEPORTIVAS..... D ORGANIZACIONES RELIGIOSAS..... E ORG. DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... F GREMIOS O SINDICATOS..... G COOPERATIVAS..... H ORG. DE PRODUCCIÓN..... I ORGANIZ. DE MUJERES..... J ORG. EDUCATIVAS..... K ORG. DE SALUD..... L RBC M OTRA X ESPECIFIQUE NINGUNA Y NO PRECISA Z	} → F 608
608	¿Ha hecho algo para la organización o con miembros de la organización en los últimos 30 días (hacer un proyecto, hacer una actividad para la comunidad, ha ido a conversar, o a jugar con ellos)?	SI 1 NO 2 NO ESPECIFICA 8	
F 608	INFORMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y TIENE 12 AÑOS Y MÁS <input type="checkbox"/>	EL INFORMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	→ 629
609	¿Conoce la Ley 202, que es para la Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades, para Personas con Discapacidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO ACLARA/ NO ESPECIFICA..... 8	} → F 610

6. INTERRELACIONES Y DERECHOS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
610	<p>¿Me podría decir de que habla la ley?</p> <p>MARQUE TODAS LOS ASPECTOS QUE MENCIONE</p> <p>¿Alguna otra cosa?</p>	<p>EN SALUD EL ESTADO DEBE: BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA GRAL. O ESPECIALIZADA A FACILITAR EQUIPOS, AYUDAS, PRÓTESIS, ORTESIS, MATERIALES..... B BRINDAR ATENC. EN HOGARES TERAPÉUTICOS..... C</p> <p>PERS. C/ DISC. TIENE DERECHO: A EDUCACIÓN BÁSICA ADAPTADA D A FORMACIÓN LABORAL MÍNIMA E A EDUC. UNIVERS..... F</p> <p>EMPLEO: EMPRESAS DEBEN CONTRATAR 1 PERS. DISC. POR C/50 TRABAJADORES G EMPRESAS DEBEN ACONDICIONAR LOCALES H EL ESTADO DEBE PROMOVER EMPLEOS PARA PERS. DISC..... I</p> <p>GARANTIZAR ACCESIBILIDAD A: EDIFICIOS, VÍAS PÚBLICAS Y MEDIOS DE TRANSP..... J SALAS DE LECTURA Y RECREATIVAS K ASIENTOS DISPONIBLES EN VEHICULOS DE TRANSP. PUBL..... L MENSAJES DEL GOBIERNO POR TV, EN SEÑAS M</p> <p>OTRO DEPORTES N OTRO X</p> <p>NO ACLARA Z</p>	
F 610	ESTA SOLO CON ENTREVISTADO(A) <input type="checkbox"/>	NO ESTÁN SOLOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Z 629
611	<p>¿Se siente bien aceptado por sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, o vecinos o personal que lo atiende?</p>	SI..... 1 NO..... 2 NO ACLARA/ NO ESPECIFICA..... 8	<input type="checkbox"/> → 612
611B	<p>¿Por quiénes?</p> <p>MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE</p> <p>Otras personas?</p>	OTRAS PERSONAS DISCAPACITADAS..... A FAMILIARES CERCANOS B OTROS(AS) PARIENTES..... C AMIGOS(AS)..... D VECINOS(AS)..... E COMPANEROS(AS) DE TRABAJO..... F PATRONES G COMPANEROS(AS) DE ESTUDIO..... H MAESTROS(AS) I PERSONAL MÉDICO..... J PERSONAL D/ENFERMERIA..... K FISIOTERAPEUTAS..... L PSIQUIATRA..... M PSICOLOGOS (AS)..... N FUNCIONARIOS (AS) PÚBLICOS O LÍDERES RELIGIOSOS P OTRO X ESPECIFIQUE POR NADIE Y NO ACLARA Z	

6. INTERRELACIONES Y DERECHOS			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
612	¿Dónde conoció a sus mejores amigos o amigas? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	HOGAR 1 TRABAJO 2 CENTRO DE ESTUDIO 3 ORGANIZACIÓN DE DISCAPACITADOS..... 4 OTRO 6 ESPECIFIQUE NO TIENE AMIGOS..... 7 NO PRECISA 8	
613	¿Quién es la persona en quién usted más confía? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	OTRA PERSONA CON DISCAPACIDAD..... 1 FAMILIAR CERCANO(A) 2 OTRO(A) PARIENTE..... 3 AMIGO(A)..... 4 VECINO(A)..... 5 COMPANERO(A) DE TRABAJO..... 6 PATRON(A) 7 COMPANERO(A) DE ESTUDIO..... 8 MAESTRO(A) 9 MÉDICO(A)..... 10 ENFERMERO(A)..... 11 FISIOTERAPEUTA..... 12 PSQUIATRA..... 13 PSICOLOGO(A)..... 14 FUNCIONARIO(A) PÚBLICO (A) 15 LÍDER(EZA) RELIGIOSO(A) 16 TRABAJADOR(A) SOCIAL 17 OTRO 96 ESPECIFIQUE NADIE 97 NO PRECISA 98	
614	¿Usted participa en la mayoría de las actividades familiares? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
615	¿Participa en las decisiones familiares? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	SI 1 NO 2 NO PRECISA 8	
616	¿Le ofrecen ayuda las otras personas, cuándo va por la calle o toma el bus? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	SI 1 NO 2 NO ACLARA 8	
617	¿Durante los últimos 12 meses, alguien le ha atacado con violencia física, como darle empujones, golpes, patadas? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA Si sí, ¿Cuántas veces? SI, INDEFINIDOS PONER 98	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE 8 NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	622
618	¿Denunció estos ataques ante alguna institución? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA Si sí, ¿Cuántos? SI INDEFINIDOS PONER 98	SI..... 1 NO..... 2 NO ACLARA..... 8 NÚMERO DE VECES <input type="text"/> <input type="text"/>	

6. INTERRELACIONES Y DERECHOS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
619	¿Dónde ha(n) ocurrido el(los) incidente(s)? MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	EN SU VIVIENDA..... A EN LA VIVIENDA DE OTRA PERSONA..... B EN SU LUGAR DE TRABAJO..... C EN UN MEDIO DE TRANSP. PÚBLICO..... D EN UN LUGAR DE OCIO (REST, DISC)..... E EN LA CALLE..... F EN UN ESTABL. DE SALUD G EN UN CENTRO DE ESTUDIOS H EN UNA OFICINA PÚBLICA..... I E/UNA INST.(ORG.) PARA PERS. DISC..... J OTRO X _____ ESPECIFIQUE NO PRECISA Z	
620	¿Quién o quiénes le golpearon o atacaron? MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	CÓNYUGE..... A HIJA (S)..... B HIJO (S)..... C MADRE..... D PADRE..... E ABUELA..... F ABUELO..... G NIETA H NIETO I HERMANO (S) J HERMANA (S)..... K OTRA(S) PARIENTE(S) MUJER(ES)..... L OTRO(S) PARIENTE(S) HOMBRE(S)..... M EMPLEADA (S)..... N EMPLEADO (S) O AMIGA(S)..... P AMIGO(S)..... Q VECINA(S)..... R VECINO(S)..... S PROFESIONAL(ES) QUE LE ATIENDE(N) HOMBRE(S) T MUJER(ES) U COMPANERO(S) DE TRABAJO V COMPANERA(S) DE TRABAJO W DESCONOCIDO(S) X DESCONOCIDA(S) Y OTRA (O) XX _____ ESPECIFIQUE NO ESPECIFICA ZZ	
621	¿Tuvo que ir al médico por alguno de estos ataques? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	SI..... 1 NO..... 2 NO PRECISA..... 8	
622	Durante los últimos 12 meses ¿Alguien le ha humillado, le ha gritado cuando se dirige a usted, le ha dicho cosas que le han lastimado? MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA	SI..... 1 NO..... 2 NO ACLARA 8	} → 625
623	¿Dónde han ocurrido estos incidentes? MARQUE TODAS LAS ASPECTOS QUE MENCIONE	EN SU VIVIENDA..... A EN LA VIVIENDA DE OTRA PERSONA..... B EN SU LUGAR DE TRABAJO..... C EN UN MEDIO DE TRANSP. PÚBLICO..... D EN UN LUGAR DE OCIO (REST, DISC)..... E EN LA CALLE, EN LOS CAMINOS..... F EN UN ESTABL. DE SALUD G EN UN CENTRO DE ESTUDIOS H EN UNA OFICINA PÚBLICA..... I E/UNA INST.(ORG.) PARA PERS. DISC..... J OTRO X _____ ESPECIFIQUE NO PRECISA Z	

6. INTERRELACIONES Y DERECHOS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
629	¿De manera general, le parece a usted que (NOMBRE) tiene alguna resistencia a seguir las terapias, dietas o se resiste a aprender algo que le ayude o pone en riesgo su salud o se muestra hostil?	ARRIESGA SU SALUD O SU SEGURIDAD A RECHAZA PRÓTESIS B RECHAZA TERAPIA..... C TIENE VICIOS D RECHAZA DIETAS E SE MUESTRA HOSTIL, MALCRIADO F RECHAZA APRENDIZAJE G SE AISLA H OTRO X _____ ESPECIFIQUE NINGUNA RESISTENCIA Y	
Z 629	INFORMANTE DE ESTA SECCIÓN SI EL INFORMANTE ES OTRO QUE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, INDAGUE SI ES MIEMBRO DEL HOGAR	LA PERSONA C / DISCAPACIDAD 1 OTRA PERSONA MIEMBRO DEL HOGAR 2 NO MIEMBRO DEL HOGAR 3	
IZ 629	Le agradecemos mucho la información brindada, le queremos obsequiar este pequeño folleto con la Ley 202, sobre la Prevención, Rehabilitación y Equiparamiento de Oportunidades de las Personas con Discapacidad.		

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

HORA..... AM.... 1
 MINUTOS..... PM.... 2

OBSERVACIONES A SECCION 6
