

VIII. Datos de los integrantes del hogar

No.	IX. Salud		Especialista	Enfermedades	Discapacidad	Grado de discapacidad
	21. Vive el padre de (OCCIDENTAL) en este hogar?	22. Vive la madre de (OCCIDENTAL) en este hogar?				
01	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
02	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
03	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
04	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
05	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
06	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
07	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
08	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
09	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
10	21. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	22. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	23. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	24. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	25. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	26. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

21. Vive el padre de (OCCIDENTAL) en este hogar?
 SI → Continúe en el ítem 23.
 No → Continúe en el ítem 27.
 No vive en el hogar... 73
 Ya no vive... 71
 HS/7B... 94

22. Vive la madre de (OCCIDENTAL) en este hogar?
 SI → Continúe en el ítem 23.
 No → Continúe en el ítem 27.
 No vive en el hogar... 73
 Ya no vive... 71
 HS/7B... 94

23. Actualmente ¿a qué institución está afiliado o inscrito (OCCIDENTAL) para recibir atención médica?
 LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE LA QUE CORRESPONDA.
 SIGUE POPULAR (incluye seguir médico para una nueva generación) - 01 → MARQUE
 MSS... 01
 PUSCA, Duhena... 01
 PUSCA, Duhena... 04
 Clínica u hospital privado... 03
 A ninguna... 98 → MARQUE

24. (OCCIDENTAL) está afiliado o inscrito a (OCCIDENTAL) por...
 MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.
 LEA TODAS LAS OPCIONES.
 Prestación en el trabajo... 01
 Inhabición... 02
 Inhabición... 03
 Inhabición... 04
 Inhabición... 05
 Inhabición... 06
 Inhabición... 07
 Inhabición... 08
 Inhabición... 09

25. (OCCIDENTAL) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por un médico (OCCIDENTAL) durante los últimos 12 meses?
 MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.
 A. Artritis
 B. Cáncer
 C. Gonorrea
 D. Deficiencia renal
 E. Diabetes
 F. Enfermedades del corazón
 G. Esclerosis múltiple
 H. VIH
 I. Enfermedad nutricional (desnutrición/obesidad)
 J. Hipertensión
 K. Obesidad
 L. Ninguna

26. Por algún problema de nacimiento o de salud (OCCIDENTAL)...
 LEA TODAS LAS OPCIONES. MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.
 A. Tiene dificultades para ver o oír o ambos sentidos (tan pronto como)
 B. Tiene dificultades para hablar
 C. Tiene dificultades para ir o regresar al baño
 D. Tiene problemas emocionales o mentales para realizar sus actividades diarias (como: autismo, depresión, bipolaridad, etc.)
 E. Le faltan brazos y/o piernas
 F. Tiene dificultades para mover brazos y/o piernas
 G. Necesita ayuda de otra persona o de un aparato para moverse (cabezas, sillas o sillas)
 H. Tiene dificultad para vestirse, bañarse, comer, beber, caminar, etc.
 I. Tiene dificultad para moverse, aprender cosas nuevas o comunicarse
 J. Tiene dificultades para mover o usar brazos o manos
 K. Ninguna → MARQUE

27. ¿En qué grado (OCCIDENTAL) puede realizar las actividades de la vida diaria?
 LEA TODAS LAS OPCIONES. MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.
 Sin problemas... 1
 Le hace con mucha dificultad... 2
 Le hace con poca dificultad... 3

Nro	Método de aplicación										39	30	31	32	33	34	35
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J							
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indígena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUAL? ANTES SIGUIE EL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 450 discriminación es...
 01 porque hablo así?
 02 por un accidente?
 03 por edad avanzada?
 04 por otra razón?
 05 por violencia?
 06 NS/NA
- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro
- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro

- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro

- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro

- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro

- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro

- 01 Maturidad
 02 Mayor
 03 Zapatero
 04 Maestra
 05 Tostador
 06 Dionisio
 07 Tronaca
 08 Mazatón
 09 Ciel
 10 Trastorno
 11 Chamarico
 12 Mazatón
 13 Mober
 14 Otro

