

Alfredo Arcaño Jimenez Sanchez

8

ESTADÍSTICA DE ESTABLECIMIENTOS PRODUCTIVOS DE BIENES DE CONSUMO FINAL

GOBIERNO DE LA REPUBLICA



SEDESOL

Abello Aho, Loc. Villa Hermosa, Tez. Ver.

QUESTIONARIO UNICO DE INFORMACION SOCIOECONOMICA

Folio CUS [] Folio Programa / Proyecto []

EXAMEN CONTABLES MONEDAS EXTRANJERAS

Datos del encuestador

Clave del encuestador [] Nombre del encuestador []

Fecha y hora de levantamiento
Hora de inicio: 2:15
Día: 09/11
Mes: 2016
Año: 16

Identificación
1. Revisación
2. Evaluación a solicitud
3. Actualización
4. Modificación
5. Puntos de recolección
6. Volta a domicilio
7. Muestreo permanente
8. Muestreo permanente

Entidad Federativa
Municipio o Delegación
Localidad

Clave de Entidad [] Clave de Municipio [] Clave de Localidad []

Clave de AZC [] Clave de Municipio [] Clave de Localidad []

Coordenadas geográficas
Longitud [] Latitud []

Encuestador: la vivienda se encuentra referida a una carrera o a un camino/
Carrera [] Camino []

Identificar y marcar el tipo de actividad de la carrera a la que está referida la vivienda:
Estrada 1 Federal 2 Municipal 3 Pictórico 4

Identificar y marcar el tipo de actividad de la vivienda:
1 Comercio 2 Industria 3 Servicios 4 Agricultura 5 Ganadería 6 Pesca 7 Minería 8 Artesanía 9 Construcción 10 Otros

Identificar y registrar el nombre de la vivienda a la que está referida la vivienda:
Nombre []

Identificar y anotar el código de la carrera a la que está referida la vivienda:
Código []

Identificar y anotar el nombre (origen-destino) del domicilio geográfico de la vivienda:
Origen [] Destino []

Identificar y registrar el nombre del establecimiento:
Nombre []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y registrar el nombre del establecimiento:
Nombre []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y registrar el nombre del establecimiento:
Nombre []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y registrar el nombre del establecimiento:
Nombre []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y registrar el nombre del establecimiento:
Nombre []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y anotar el domicilio geográfico de la vivienda:
Domicilio []

Identificar y registrar el nombre del establecimiento:
Nombre []

1. Identifique si existe un libramiento adecuado que cumpla con las siguientes características:

- 1. Documento oficial que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 2. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 3. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 4. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 5. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 6. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 7. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 8. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 9. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 10. Documento que presente (IMPRESO/IMPRESO) para acreditar su libramiento ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.

01 SI NO

02 SI NO

03 SI NO

04 SI NO

05 SI NO

06 SI NO

07 SI NO

08 SI NO

09 SI NO

10 SI NO

4. ¿Su vivienda es...?

- 1. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 2. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 3. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 4. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 5. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 6. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 7. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 8. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 9. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 10. Vivienda en el campo de cultivo... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.

01 SI NO

02 SI NO

03 SI NO

04 SI NO

05 SI NO

06 SI NO

07 SI NO

08 SI NO

09 SI NO

10 SI NO

5. ¿Existen personas habitando en su vivienda?

- 1. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 2. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 3. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 4. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 5. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 6. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 7. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 8. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 9. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.
- 10. Personas que habitan en su vivienda... ANOTAR LA OPCION DE COMPROBACION.

Nombre	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

EL ESTADO DE ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

EL ESTADO DE ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

EL ESTADO DE ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

No.	Condición de nacimiento	Parentesco	Acta de nacimiento	Done CLAY	CLAY	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de nacimiento
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
02	<input type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
03	<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"/>				
05	<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"/>				
07	<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"/>				
09	<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"/>				

Miembros de la familia

1. ¿Tiene usted algún hijo(a) que viva con usted? Sí No

2. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos hijos(a) tiene usted? _____

3. ¿Cuál es el nombre de cada hijo(a)?

4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de cada hijo(a)?

5. ¿Cuál es el lugar de nacimiento de cada hijo(a)?

6. ¿Cuál es el estado de nacimiento de cada hijo(a)?

7. ¿Cuál es el país de nacimiento de cada hijo(a)?

8. ¿Cuál es el nombre de su esposa? _____

9. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su esposa? _____

10. ¿Cuál es el lugar de nacimiento de su esposa? _____

11. ¿Cuál es el estado de nacimiento de su esposa? _____

12. ¿Cuál es el país de nacimiento de su esposa? _____

Parentesco

01. Padre o madre

02. Hijo(a)

03. Espos(a)

04. Hermano(a)

05. Hermano(a) menor

06. Hermano(a) mayor

07. Espos(a) anterior

08. Espos(a) actual

09. Otro

10. Otro

11. Otro

12. Otro

Acta de nacimiento

01. Sí

02. No

03. Sí

04. No

05. Sí

06. No

07. Sí

08. No

09. Sí

10. No

11. Sí

12. No

Done CLAY

01. Sí

02. No

03. Sí

04. No

05. Sí

06. No

07. Sí

08. No

09. Sí

10. No

11. Sí

12. No

Fecha de nacimiento

01. 01/01/1900

02. 02/02/1900

03. 03/03/1900

04. 04/04/1900

05. 05/05/1900

06. 06/06/1900

07. 07/07/1900

08. 08/08/1900

09. 09/09/1900

10. 10/10/1900

11. 11/11/1900

12. 12/12/1900

Lugar de nacimiento

01. Nueva York

02. California

03. Illinois

04. Pennsylvania

05. Ohio

06. Michigan

07. Indiana

08. Missouri

09. Wisconsin

10. Minnesota

11. Iowa

12. Kansas

13. Nebraska

14. Oklahoma

15. Texas

16. Arkansas

17. Louisiana

18. Mississippi

19. Alabama

20. Georgia

21. Florida

22. Carolina del Norte

23. Virginia

24. Maryland

25. Delaware

26. Nueva Jersey

27. Connecticut

28. Rhode Island

29. Massachusetts

30. Nuevo Hampshire

31. Vermont

32. Nueva Inglaterra

No.	21	22	23	24	25	26	27
	¿Vive el padre de (CHICHARRO) en este hogar?	¿Vive la madre de (CHICHARRO) en este hogar?	¿Alguien de la familia está recibiendo atención médica? ¿QUIÉN? (NOMBRE Y DIRECCION DE CONSULTA)	¿(CHICHARRO) está afiliado a algún seguro de salud? (NOMBRE DEL SEGURO)	¿(CHICHARRO) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por un médico? (NOMBRE DE LA ENFERMEDAD)	¿En algún momento de su vida ha tenido alguna discapacidad? (NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD)	¿En qué grado (CHICHARRO) está discapacitado? (NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD)
01	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
02	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
03	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
04	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
05	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
06	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
07	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
08	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
09	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____
10	SI → Quién es el padre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es la madre de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Quién es el médico que atiende a (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es el seguro de salud de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____ DIRECCION: _____	SI → ¿Cuál es la enfermedad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es la discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____	SI → ¿Cuál es el grado de discapacidad de (CHICHARRO)? NOMBRE: _____

EL FOLIO DE ESTE FORMULARIO ES PARA EL VALORACION DE LA FORTALEZA DE LA INTERPRETACION DEL HOGAR Y GRADO DE DISCAPACIDAD

No.	36. ¿Cuál es el estado de su salud (incluyendo el uso de medicamentos) en el momento de completar este cuestionario?	37. ¿Cómo se siente en el hogar?	38. ¿Cómo se siente en el trabajo?	39. ¿Cómo se siente en el momento de completar este cuestionario?	40. ¿Cómo se siente en el momento de completar este cuestionario?	41. ¿Cómo se siente en el momento de completar este cuestionario?	42. ¿Cómo se siente en el momento de completar este cuestionario?	43. ¿Cómo se siente en el momento de completar este cuestionario?
01	Actuamente, ¿Cuál es el estado de su salud (incluyendo el uso de medicamentos) en el momento de completar este cuestionario? 01	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 01	El amor pasado (romanticamente) me... 01	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 01	¿Cuál es la razón de... 01	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 01	¿Cuál es el motivo por el que... 01	¿Cuál es el motivo por el que... 01
02	Es excelente... 02	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 02	El amor pasado (romanticamente) me... 02	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 02	¿Cuál es la razón de... 02	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 02	¿Cuál es el motivo por el que... 02	¿Cuál es el motivo por el que... 02
03	Es muy buena... 03	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 03	El amor pasado (romanticamente) me... 03	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 03	¿Cuál es la razón de... 03	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 03	¿Cuál es el motivo por el que... 03	¿Cuál es el motivo por el que... 03
04	Es buena... 04	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 04	El amor pasado (romanticamente) me... 04	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 04	¿Cuál es la razón de... 04	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 04	¿Cuál es el motivo por el que... 04	¿Cuál es el motivo por el que... 04
05	Es regular... 05	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 05	El amor pasado (romanticamente) me... 05	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 05	¿Cuál es la razón de... 05	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 05	¿Cuál es el motivo por el que... 05	¿Cuál es el motivo por el que... 05
06	Es mala... 06	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 06	El amor pasado (romanticamente) me... 06	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 06	¿Cuál es la razón de... 06	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 06	¿Cuál es el motivo por el que... 06	¿Cuál es el motivo por el que... 06
07	Es muy mala... 07	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 07	El amor pasado (romanticamente) me... 07	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 07	¿Cuál es la razón de... 07	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 07	¿Cuál es el motivo por el que... 07	¿Cuál es el motivo por el que... 07
08	Es pésima... 08	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 08	El amor pasado (romanticamente) me... 08	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 08	¿Cuál es la razón de... 08	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 08	¿Cuál es el motivo por el que... 08	¿Cuál es el motivo por el que... 08
09	Es terrible... 09	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 09	El amor pasado (romanticamente) me... 09	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 09	¿Cuál es la razón de... 09	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 09	¿Cuál es el motivo por el que... 09	¿Cuál es el motivo por el que... 09
10	Es horrible... 10	En este tiempo, ¿vive la pareja a regañado(s) de... 10	El amor pasado (romanticamente) me... 10	Durante el mes pasado (pasado) realizó actividades como... 10	¿Cuál es la razón de... 10	En su trabajo principal del mes pasado (pasado) se... 10	¿Cuál es el motivo por el que... 10	¿Cuál es el motivo por el que... 10

INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA Y CENSO (IVIC)

INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA Y CENSO (IVIC)

No.	Trabajo subordinado	Actividad por su cuenta	Prestaciones laborales	Suma de ingresos	Ingresos por trabajo	Seguros voluntarios	Jubilación	Anticipo	Otros ingresos	Además ingresos
01	En su trabajo principal de su casa (EXCLUSIVO para el sector agrícola y ganadero) o en su actividad por su cuenta. ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	En su trabajo principal de su casa (EXCLUSIVO para el sector agrícola y ganadero) o en su actividad por su cuenta. ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿CONSIDERA en su trabajo principal de su casa (EXCLUSIVO para el sector agrícola y ganadero) o en su actividad por su cuenta, que sus prestaciones, aunque no las haya percibido, le beneficien? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	En su trabajo principal de su casa (EXCLUSIVO para el sector agrícola y ganadero) o en su actividad por su cuenta. ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿CÓMO DEBE ser el ingreso por su trabajo principal de su casa (EXCLUSIVO para el sector agrícola y ganadero) o en su actividad por su cuenta? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿Tiene (CONSIDERE voluntariamente) un seguro voluntario? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿Jubilado en su país o en el extranjero? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿CONSIDERA recibir algún anticipo de su pensión? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿CONSIDERA tener otros ingresos? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?	¿CONSIDERA recibir además otros ingresos? ¿ADICIONAL LA OPCIÓN QUE CONSIDERA?
02	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
03	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
04	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
05	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
06	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
07	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
08	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
09	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PERÚ - 1990

31. Cuando sienta problemas de salud, en dónde se atienden los integrantes del hogar?
 Atención Médica, Hospitalaria

32. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

33. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

34. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

35. ¿Cuánto tiempo regularmente las personas adultas en el hogar trabajan o estudian?
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

36. ¿Cuánto tiempo regularmente las personas adultas en el hogar trabajan o estudian?
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

37. ¿Cuánto tiempo regularmente las personas adultas en el hogar trabajan o estudian?
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

38. ¿Cuánto tiempo regularmente las personas adultas en el hogar trabajan o estudian?
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

39. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

40. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

41. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

42. ¿En este hogar, una o más personas que son...
 (MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA MÁS CADA VEZ)

Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO
Algunos en el hogar por los mismos procedimientos de otros países	SI	NO

70. ¿La mayor parte del vino de la vivienda presenta humedades o agrietamientos?

SI

NO

71. ¿Alguno de los cuartos donde duermen o cocinan (dentro o fuera de la vivienda) tiene humedad o agrietamientos?

SI

NO

72. ¿Qué material es la mayor parte del techo de su vivienda?

Madera

Otro

73. ¿Al menos un techo de las construcciones que se encuentran en su vivienda es de concreto o vigueras con ladrillo?

SI

NO

74. ¿Con qué material es la mayor parte de las paredes a menor de su vivienda?

Madera

Otro

75. ¿Algun muro de la vivienda presenta grietas u hendiduras mayores a 3 cm. de grueso, a esta en tiempo de calor?

SI

NO

76. ¿El tipo de baño o sanitario tiene su ventilación adecuada?

SI

NO

77. ¿El tipo de agua con el que se consume el agua potable es adecuado?

SI

NO

77. ¿El baño o sanitario de su vivienda fue arreglado por algún programa gubernamental?

SI

NO

78. ¿El baño o sanitario es para uso exclusivo de los habitantes de su vivienda?

SI

NO

79. En esta vivienda, ¿tienen agua entubada dentro de la vivienda?

SI

NO

80. ¿Qué tratamiento le dan al agua para beberla?

Ninguno

Otro

81. ¿Qué tipo de drenaje o desague de aguas sucias tiene su vivienda?

A la red pública

Otro

82. ¿En su vivienda, ¿qué hacen con la basura?

SI

NO

83. ¿En su vivienda, ¿qué hacen con la basura?

SI

NO

84. ¿En su vivienda, ¿qué hacen con la basura?

SI

NO

85. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

86. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

87. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

88. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

89. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

90. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

91. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

92. ¿Qué servicios de agua potable tiene su vivienda?

SI

NO

EL PLAN DE ESTADÍSTICA DE LA VIOLENCIA DOMESTICA EN EL PERU

