

No.	21. ¿Vive el padre de (OCHOMBA) en este hogar?	21. ¿Vive la madre en este hogar?	22. Acostumbrado a que institución está asistido u hospitalizado (OCHOMBA) para recibir atención médica (VER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN)	23. ¿(OCHOMBA) está asistido o medicado (OCHOMBA) en un hospital?	24. ¿(OCHOMBA) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por un médico? (VER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN)	25. ¿(OCHOMBA) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades por un médico? (VER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN)	26. ¿(OCHOMBA) tiene alguna de las siguientes enfermedades? (VER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN)	27. ¿(OCHOMBA) tiene alguna de las siguientes enfermedades? (VER TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR LAS QUE CORRESPONDAN)
01	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
02	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
03	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
04	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
05	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
06	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
07	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
08	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
09	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	
10	SI → 01 No → 02	SI → 01 No → 02	01 → Hospital 02 → Clínica 03 → Centro de salud 04 → Otro hospital 05 → Ambulatorio 06 → No asistido	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	01 → Sí 02 → No	

No.	Muestra del idioma										Lengua	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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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"/>
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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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	<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"/>	ANNA	¿Dónde está su lengua materna?	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"/>

EL LIBRO DE ESTE SEGURO ES SU CARTA DE IDENTIFICACION Y DEBE SER MANTENIDO EN SU PODER EN TODOS MOMENTOS. EL LIBRO DE ESTE SEGURO ES SU CARTA DE IDENTIFICACION Y DEBE SER MANTENIDO EN SU PODER EN TODOS MOMENTOS.

No.	Estrato Civil	Cambio en el hogar	Cambio en actividad	Verificación de condiciones de actividad	Cual es la razón de un (a) cambio (a) en su trabajo o actividad?	Proceso en su empresa	Tiempo de trabajo	
01	Academista, profesional en el sector civil con relación al trabajo de (PROFESIONAL) COMERCIAL O DE CONSTRUCCIÓN. Vive en unión libre. 02	En esta hogar, yo soy la jefa o jefe de familia y responsable de los gastos. 01	El mes pasado (PROFESIONAL) COMERCIAL O DE CONSTRUCCIÓN. 01	Durante el mes pasado (PROFESIONAL) COMERCIAL O DE CONSTRUCCIÓN. 01	¿Cuál es la razón de un (a) cambio (a) en su trabajo o actividad?	En su trabajo principal del mes pasado (PROFESIONAL) COMERCIAL O DE CONSTRUCCIÓN. 01	Considero que el trabajo principal que realizo en este momento es el mismo que el que realizo en el mes pasado. 01	Actual es el motivo por el que (PROFESIONAL) COMERCIAL O DE CONSTRUCCIÓN. 01
02	01	02	01	01	01	01	01	01
03	06	02	01	03	01	01	02	01
04	06							
05								
06								
07								
08								
09								
10								

1. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 2. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 3. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 4. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 5. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 6. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 7. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 8. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 9. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 10. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SU ACTIVIDAD? 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

No.	Título Subordinado		Actividad por el trabajo		Prácticas laborales		Forma de pago		Método de pago		Seguros voluntarios		Jubilación		Otras medidas		Además mejoras	
	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54				
01	En el trabajo principal de mi pasado (SI/NO) o en el trabajo principal de mi actividad actual (SI/NO) que COMPRENDA	En el trabajo principal de mi pasado (SI/NO) o en el trabajo principal de mi actividad actual (SI/NO) que COMPRENDA	(Obligado) en el trabajo principal de mi pasado (le doy las siguientes prestaciones, aunque no las he utilizado) o en el trabajo principal de mi actividad que COMPRENDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
02	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
03	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
04	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
05	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
06	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
07	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
08	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
09	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12
10	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 12

53. Cuando tienen problemas de salud van donde se atienden los integrantes del hogar?
 APOCA-MEXICO-JALISCO

Centro de salud, Hospital y Instituto de la Secretaría de Salud	10
MED-INDUSTRIAL	11
ISSSTE	12
Otro servicio médico público (PROFES, Dharma, Garza, DIF)	13
Consultorio y/o Hospital privados	14
Consultorio de familia	15
Químicos, herberos, curanderos, etc.	16
54. ¿Atienden a...	17
En su totalidad	18
No se atienden	19
No sabe/No responde	20

54. ¿Quién realiza y regularmente los siguientes trabajos?
 MEXICO-JALISCO

A. Cuidar al niño y/o de menores exclusivos a niños, enfermos, adultos, discapacitados	1	1
B. Trabaja remunerado o voluntario	2	1
C. Participa en la vivienda, aparatos domésticos o vehículo	3	1
D. Realizar el quehacer de su hogar	4	1
E. Almorzar agua o baño	5	1

57. ¿En esta casa hay o vivió algún inmigrante que sea...
 MEXICO-JALISCO

A. Inmigrante de origen que vivió en cualquier otro país de gobierno (incluyendo México y Panamá)	1	1
B. Hijo de una familia	2	1
C. Hijo de alguna familia	3	1
D. Inmigrante de alguna familia	4	1
E. Inmigrante o inmigrantes que emigraron por cualquier otro país de gobierno (incluyendo México, Panamá, Estados Unidos)	5	1
F. Inmigrante de gobierno que emigró por cualquier otro país de gobierno (incluyendo México, Panamá, Estados Unidos)	6	1
G. Inmigrante de cualquier otro país de gobierno	7	1
H. Inmigrante de cualquier otro país de gobierno	8	1

58. ¿Hay algún miembro de la familia que sea...
 MEXICO-JALISCO

A. Inmigrante de origen que vivió en cualquier otro país de gobierno (incluyendo México y Panamá)	1	1
B. Hijo de una familia	2	1
C. Hijo de alguna familia	3	1
D. Inmigrante de alguna familia	4	1
E. Inmigrante o inmigrantes que emigraron por cualquier otro país de gobierno (incluyendo México, Panamá, Estados Unidos)	5	1
F. Inmigrante de gobierno que emigró por cualquier otro país de gobierno (incluyendo México, Panamá, Estados Unidos)	6	1
G. Inmigrante de cualquier otro país de gobierno	7	1
H. Inmigrante de cualquier otro país de gobierno	8	1

59. ¿Alguno en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?
 MEXICO-JALISCO

SI	1
NO	2

60. ¿Cuántas personas en su casa trabajan fuera del hogar?
 MEXICO-JALISCO

A. Siempre al extranjero, siempre	1	1
B. Siempre al extranjero, algunas veces	2	1
C. Siempre al extranjero, algunas veces	3	1
D. Siempre al extranjero, algunas veces	4	1
E. Siempre al extranjero, algunas veces	5	1
F. Siempre al extranjero, algunas veces	6	1
G. Siempre al extranjero, algunas veces	7	1
H. Siempre al extranjero, algunas veces	8	1

61. ¿Con qué frecuencia consume por semana...
 MEXICO-JALISCO

A. Carne y subproductos	1	1
B. Verduras	2	1
C. Frutas	3	1
D. Leguminosas	4	1
E. Cereales y derivados	5	1
F. Lácteos	6	1
G. Alimentos de origen animal	7	1
H. Alimentos de origen vegetal	8	1

62. ¿Si las últimas tres meses, por falta de dinero o razones similares, ¿alguno de los miembros de la familia...
 MEXICO-JALISCO

A. Nunca	1	1
B. Algunas veces	2	1
C. Muchas veces	3	1
D. Siempre	4	1

63. ¿En las últimas tres meses, por falta de dinero o razones similares, ¿alguno de los miembros de la familia...
 MEXICO-JALISCO

A. Nunca	1	1
B. Algunas veces	2	1
C. Muchas veces	3	1
D. Siempre	4	1

64. ¿Cuántas veces ha usado para dormir...
 MEXICO-JALISCO

A. Siempre en el mismo lugar	1	1
B. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	2	1
C. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	3	1
D. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	4	1
E. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	5	1
F. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	6	1
G. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	7	1
H. Siempre en el mismo lugar, algunas veces	8	1

65. ¿Si el último tiempo, ¿alguno de los miembros de la familia...
 MEXICO-JALISCO

A. Nunca	1	1
B. Algunas veces	2	1
C. Muchas veces	3	1
D. Siempre	4	1

66. ¿Si el último tiempo, ¿alguno de los miembros de la familia...
 MEXICO-JALISCO

A. Nunca	1	1
B. Algunas veces	2	1
C. Muchas veces	3	1
D. Siempre	4	1

76. ¿La mayor parte del piso de la vivienda presenta pavimento o acabamiento mayor a 1 cm. de grosor?
 SI
 NO

77. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

78. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

79. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

80. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

81. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

82. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

83. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

84. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

85. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

86. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

87. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

88. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

89. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

90. ¿Alguna de las cuartas (paredes, techos o cielos) tiene piso de tierra?
 SI
 NO

77. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

78. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

79. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

80. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

81. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

82. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

83. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

84. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

85. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

86. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

87. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

88. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

89. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

90. ¿El baño o el baño de su vivienda fue construido por algún programa gubernamental?
 SI
 NO

81. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

82. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

83. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

84. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

85. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

86. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

87. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

88. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

89. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

90. ¿Qué tipo de drenaje o desagüe de aguas sucias tiene su vivienda?
 A. A la bajera sin ningún tratamiento previo
 B. La bajera
 C. Lección diaria
 D. Baño en filtro
 E. Cierpo que sigue un tratamiento en el terreno
 F. Otro

27. ¿La vivienda que habita es:
a) propia y el tratamiento personal
b) propia y esta hipotecada
c) prestada o alquilada
d) prestada y la está utilizando
e) prestada y está en alquiler

28. ¿Indique el porcentaje del hogar que dedica a su miembro las siguientes actividades agrícolas y agropecuarias?
a) Cultivos agrícolas
b) Ganadería
c) Pesca
d) Silvicultura
e) Otros

29. ¿La vivienda tiene:
a) agua corriente
b) electricidad
c) gas
d) teléfono
e) calefacción

30. ¿Alguna persona del hogar posee a título de propietario o arrendatario un negocio agrícola o agropecuario?
a) Sí
b) No

31. ¿Cuál de las siguientes actividades agrícolas o agropecuarias realiza el hogar?
a) Cultivos agrícolas
b) Ganadería
c) Pesca
d) Silvicultura
e) Otros

32. ¿Qué productos agrícolas o agropecuarios produce el hogar?
a) Cereales
b) Leguminosas
c) Hortalizas
d) Frutas
e) Otros

33. ¿Qué productos agrícolas o agropecuarios consume el hogar?
a) Cereales
b) Leguminosas
c) Hortalizas
d) Frutas
e) Otros

34. ¿Qué tipo de transporte utiliza el hogar?
a) Automóvil
b) Camión
c) Moto
d) Bicicleta
e) Otros

35. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

36. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

37. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

38. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

39. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

40. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

41. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

42. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

43. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

44. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

45. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

46. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

47. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

48. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

49. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

50. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No

51. ¿El hogar posee algún vehículo?
a) Sí
b) No