

No.	Condiciones de estancia	Parentesco	Alcance	Tiempo CLMP	CLMP	Fecha de nacimiento	Etnia	Sexo	Lugar de nacimiento	
01	<p>1. <input type="checkbox"/> Vive en el domicilio en el domicilio</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Vive en otro lugar por un tiempo limitado por otra razón</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Vive temporalmente en el domicilio por un periodo limitado por otra razón</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Vive en el domicilio, aunque por un periodo limitado por otra razón</p> <p>5. <input type="checkbox"/> No existe</p> <p>6. <input type="checkbox"/> No vive en el hogar</p> <p>7. <input type="checkbox"/> No vive en el hogar</p> <p>8. <input type="checkbox"/> No vive en el hogar</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No vive en el hogar</p> <p>10. <input type="checkbox"/> No vive en el hogar</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Que permanece con OBEF (O) DEL HOGAR</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>7. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>8. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>9. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>10. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>11. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>12. <input type="checkbox"/> El mismo</p> <p>13. <input type="checkbox"/> El mismo</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Si, pero tiene la encuesta 2</p>

ESTADO DE CALIFICACIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

206.	Estado civil	Convive en el hogar	Condición de actividad	Verificación de inactivación de actividad	¿Cada vez que se realiza el trabajo no hay actividad que se realiza en el hogar?	Posición en la ocupación	Tiempo de trabajo	¿Cada vez que se realiza el trabajo no hay actividad que se realiza en el hogar?
01	34	37	38	39	40	41	42	43
02	05		01	03	01	01	01	01
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

El presente cuestionario es parte de un estudio de carácter científico y sus resultados serán utilizados para fines estadísticos y de planeación. Los datos suministrados serán tratados de forma confidencial y no serán divulgados en forma individual. El presente cuestionario es parte de un estudio de carácter científico y sus resultados serán utilizados para fines estadísticos y de planeación. Los datos suministrados serán tratados de forma confidencial y no serán divulgados en forma individual.

No.	44. Trabajo informal	45. Empleado en el establecimiento del sector privado	46. Prácticas laborales	47. Forma de pago	48. Pagos por trabajo	49. DICHIBREI cada semana recibe esta cantidad	50. Dicho (DICHIBREI) contratado voluntariamente	51. DICHIBREI es jubilado o pensionado	52. DICHIBREI recibe dinero por...	53. DICHIBREI tiene licencia del Instituto Tecnológico (INTETEC)	54. DICHIBREI recibe dinero por...
01	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	A. Inapropiado por entremedio de acciones o actividades B. Sin a favor C. Cedido para vivienda D. Cuantitativo E. Acumulado F. Seguro de vida G. No debe derecho a empresa de esta prestación H. No sabe/no responde	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1 Cada semana... 2 Cada 15 días... 3 Cada mes... 4 Cada año... 5 Cada año...	A. SÍ, ACORDA o trabajo voluntario B. Seguro privado de gastos médicos C. Seguro de vida D. Seguro de vejez E. Otro tipo de seguro F. Miembro de un sindicato G. No sabe/No responde	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	A. Programa Pensional para Adultos B. Compensación de años para Adultos Mayores del Programa PUCDP/MAJ C. Otros Programas para Adultos Mayores (SSTU o similares) D. Miembros E. No sabe/No responde
02	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>	A. B. C. D. E. F. G. H.	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"/>

55. Cuando existen problemas de salud en el hogar se atienden los integrantes del hogar?

Si No

Centro de salud, hospital u hospital de la Secretaría de Salud

MSS: HOSPITAL: _____ 01
 MSS: HOSPITAL: _____ 02
 HSS: HOSPITAL: _____ 03
 Otro servicio médico público (CLINICA, DEFENSA, MARINA, DIF) _____ 04
 Consultorio y/o hospital privado _____ 05
 Consultorio de familia _____ 06
 Consultorio itinerario, comunitario, fijo _____ 07
 Otro _____ 08
 No se atienden _____ 09
 No sabe/no responde _____ 10

56. ¿Quién realiza el diagnóstico de los integrantes de su familia?

MAMA: _____ 01
 MAMA: _____ 02
 MAMA: _____ 03
 MAMA: _____ 04
 MAMA: _____ 05
 MAMA: _____ 06
 MAMA: _____ 07
 MAMA: _____ 08
 MAMA: _____ 09
 MAMA: _____ 10

A. Ceder sin pagar y de manera espontánea a otros miembros de la familia.
 B. Trabaja con salario o sueldo.
 C. Trabajador independiente o propietario.
 D. Realiza el trabajo de su hogar.
 E. Actuarial legal o ilegal.

Si No

57. ¿En esta hogar vive algún integrante que sea discapacitado?

Si No

A. Atención de escuela (ya egresado de estudios) _____
 B. Atención de gobierno (Escuela Especial o regular) _____
 C. Atención de una familia _____
 D. Atención de algún negocio _____
 E. Atención de gobierno (Escuela Especial o regular) _____
 F. Atención de gobierno (Escuela Especial o regular) _____
 G. Atención de gobierno (Escuela Especial o regular) _____
 H. Atención de algún negocio _____

58. ¿Alguno en el hogar recibe atención preventiva de salud pública?

Si No

59. ¿Regularmente en su hogar se realiza alguna actividad de salud pública?

Si No

60. ¿Alguno en el hogar recibe atención preventiva de salud pública?

Si No

A. En compañía de familiares, amigos, vecinos, etc.
 B. En compañía de familiares, amigos, vecinos, etc.
 C. En compañía de familiares, amigos, vecinos, etc.

61. ¿Cuántas veces al día se consumen los alimentos de esta lista?

Si No

62. ¿Con qué frecuencia consume por semana?

Si No

A. Verduras y hortalizas _____
 B. Verduras _____
 C. Verduras _____
 D. Verduras _____
 E. Verduras _____
 F. Verduras _____
 G. Verduras _____
 H. Verduras _____

63. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, alguna vez alguien en el hogar ha dejado de comer?

Si No

64. ¿Alguno en el hogar ha dejado de comer por falta de dinero o recursos?

Si No

65. ¿Alguno en el hogar ha dejado de comer por falta de dinero o recursos?

Si No

66. ¿Alguno en el hogar ha dejado de comer por falta de dinero o recursos?

Si No

67. ¿Alguno en el hogar ha dejado de comer por falta de dinero o recursos?

Si No

68. ¿Alguno en el hogar ha dejado de comer por falta de dinero o recursos?

Si No

