



MIDEPLAN
División Social

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE
PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN

Encuesta CASEN 2000

Observaciones	Segmento					Folio			Encuesta	
	Dirección:									
	Comuna:					Localidad:				
						Sitio:				
						Vivienda:				
						Hogar:				
	Encuestador(a):									
	Supervisor(a):									
	Codificador(a):									
	Fecha de la entrevista:					Hora de entrevista				
						Inicio		Término		
	1ª visita: ____ / ____ / 2000									
	2ª visita: ____ / ____ / 2000									
	3ª visita: ____ / ____ / 2000									

I. MODULO RESIDENTES: Patrimonio

Jefes de núcleo		12 o más años					6 o más años									
10. ¿Tiene Ud. actualmente, en funcionamiento y en uso? a. Lavadora automática b. Refrigerador c. Teléfono fijo d. Videograbador e. Microondas f. Computador g. Conexión a Internet 1. Si 2. No		11. ¿Tiene usted teléfono móvil en funcionamiento y en uso? 1. Si 2. No		12. ¿Tiene acceso a un computador? 1. Si → Pase a P13.a 2. No Si tiene 12 años o más, pase a P.15 Si tiene menos de 12 años, pase a Módulo Educación		13.a ¿Dónde tiene acceso más frecuente a un computador? 1. En el hogar 2. En el trabajo 3. En el establecimiento educacional 4. En un telecentro comunitario o infocentro 5. En un lugar privado (cybercafés, kioskonet, etc) 6. Donde un pariente o amigo 7. Otro. Registre las dos más frecuentes		13.b. ¿Para qué utiliza el computador? 1. Para trabajo 2. Para estudio 3. Para entretención 4. Para otras necesidades personales 5. No lo usa Anote dos según orden de preferencias		14.a ¿Alguno de los computadores que Ud. utiliza está conectado a Internet? 1. Si → Pase a P14.b 2. No 3. No sabe Si tiene 12 años o más, pase a P15. Si tiene menos de 12 años, pase a Módulo Educación		14.b. ¿Dónde utiliza más frecuentemente Internet? 1. En el hogar 2. En el trabajo 3. En el establecimiento educacional 4. En un telecentro comunitario o infocentro 5. En lugares privados (cybercafés, kioskonet, etc) 6. Otro. → Pase a P14.c Si tiene 12 años o más, pase a P15. Si tiene menos de 12 años, pase a Módulo Educación		14.c. ¿Para qué utiliza más frecuentemente Internet? 1. Para obtener información 2. Para comunicación (correo electrónico, chat) 3. Para trámites 4. Para realizar comercio electrónico 5. Para otras actividades con fines de entretención 6. Otro Registre las dos más frecuentes		
10.a	10.b	10.c	10.d	10.e	10.f	10.g	11	12	13.a.1	13.a.2	13.b.1	13.b.2	14.a	14.b	14.c.1	14.c.2
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

I MODULO RESIDENTES: Participación

12 años y más		
<p>15. ¿Participa Ud. en alguna de las siguientes organizaciones? <i>(Señale a la que le dedica mayor tiempo)</i></p>	<p>16. En la organización que Ud. señaló:</p>	<p>17. ¿Por qué no participa en una organización? <i>(No leer las alternativas)</i></p>
<p>1. Junta de Vecinos – Unión comunal 2. Comité de Adelanto 3. C. de Madres, Talleres de mujeres, Talleres laborales 4. Organización Juvenil 5. Club Deportivo y recreativo 6. Organización artístico y cultural 7. Política (Partidos políticos) 8. Religiosa 9. Beneficencia y/o Voluntariado 10. Asociación Gremial, Colegios Profesionales, Agrupación de empresarios</p>	<p>11. Grupos de Salud 12. Organizaciones de Adultos Mayor 13. Organizaciones de Personas con Discapacidad 14. Organizaciones Solidarias 15. Comités de allegados – Comité habitacionales 16. Organizaciones de Padres y Apoderados 17. Comité agua potables – Comunidades de agua 18. Sindicatos 19. Otra. Especifique 20. No participa en ninguna → <i>Pase a P17</i></p>	<p>1. No le interesa 2. No tiene tiempo 3. No sirven para nada 4. No existen organizaciones 5. Están politizadas 6. Por enfermedad o edad avanzada 7. Otra razón. Especifique</p>
<i>Anote el código</i>	<i>Pase a Módulo Vivienda</i>	
15	16	17
P18	P19	P20
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

II. MODULO VIVIENDA

1. ¿Bajo qué situación ocupa el sitio?	V1
<ol style="list-style-type: none"> Propio pagado Propio pagándose Propiedad compartida (pagada) con otras viviendas del sitio Propiedad compartida (pagándose) con otras viviendas del sitio Arrendado con contrato Arrendado sin contrato Cedido por servicios Cedido por familiar u otro Usufructo (sólo uso y goce) Ocupación irregular (de hecho) Otro. Especifique: _____ 	
2.a ¿Cuántas viviendas hay en el sitio? Anote "0" en caso de departamento, condominio, conventillo o propiedad compartida. Si contesta "0" ó "1", pase a P.3	V2
2.b Su vivienda ¿es la principal del sitio?	V3
<ol style="list-style-type: none"> Sí No 	
3. ¿Cuántas piezas de cada tipo posee la vivienda que ocupa?	
a. Dormitorios (uso exclusivo)	V4
b. Estar-comer (uso exclusivo)	V5
c. Estar-comer y dormir (uso múltiple)	V6
d. Estar-comer y cocinar (uso múltiple)	V7
e. Cocina (uso exclusivo)	V8
f. Baño	V9
g. Otras piezas no habitables	V10
4. ¿De dónde proviene el agua de su vivienda?	V11
<ol style="list-style-type: none"> Red pública con medidor propio Red pública con medidor compartido Red pública sin medidor Pozo o noria Río, vertiente o estero Otra fuente. Especifique: _____ (Ej. Camión aljibe, lago, etc.) 	

5.a ¿Cuál es el sistema de distribución de agua en su vivienda?	V12
<ol style="list-style-type: none"> Con llave dentro de la vivienda Con llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda No tiene sistema, la acarrea 	
5.b Su vivienda tiene agua caliente por medio de:	V13
<ol style="list-style-type: none"> Calefón a gas Termo eléctrico Ducha eléctrica o alcohol Otro sistema. Especifique: _____ No tiene 	
6. La vivienda donde Ud. vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?	V14
<ol style="list-style-type: none"> Sí, con WC conectado al alcantarillado Sí, con WC conectado a fosa séptica Sí, con letrina sanitaria conectada a pozo negro Sí, con cajón sobre pozo negro Sí, con cajón sobre acequia o canal Sí, con cajón conectado a otro sistema No dispone de sistema 	
7. La vivienda donde Ud. vive, ¿dispone de energía eléctrica?	V15
<ol style="list-style-type: none"> Sí, de la red pública con medidor propio Sí, de la red pública con medidor compartido Sí, de la red pública sin medidor Sí, de un generador propio o comunitario Sí, de otra fuente. Especifique: _____ No dispone de energía eléctrica 	

8.a Material predominante en muros exteriores de la vivienda	V16	8.b Estado de conservación de los muros	V17
<ol style="list-style-type: none"> Ladrillo o concreto (hormigón) o bloque (de hormigón armado) Albañilería de piedra Tabique forrado por ambas caras (madera u otro) Adobe Barro, quincha o pirca Tabique sin forro interior (madera u otro) Desecho (cartón, lata, sacos, etc.) Otro. Especifique: _____ 		<ol style="list-style-type: none"> Bueno Aceptable Malo 	
9.a Material predominante en el piso de la vivienda	V18	9.b Estado de conservación del piso	V19
<ol style="list-style-type: none"> Radier revestido (parquet, cerámica, tabla, linóleo, flexit, baldosa, alfombra, etc.) Radier no revestido Tabla o parquet sobre soleras o vigas Madera, plástico o pastelones directamente sobre tierra Piso de tierra 		<ol style="list-style-type: none"> Bueno Aceptable Malo 	
10.a Material predominante en el techo de la vivienda	V20	10.b Estado de conservación del techo	V21
<ol style="list-style-type: none"> Teja, tejuela, losa de hormigón con cielo interior Zinc o pizarreño con cielo interior Zinc, pizarreño, teja, tejuela o madera sin cielo interior Fonolita Paja, coirón, totora o caña Desecho (plásticos, latas, etc.) 		<ol style="list-style-type: none"> Bueno Aceptable Malo 	
11. Tipo de vivienda	V22		
<ol style="list-style-type: none"> Casa o Casa en cité Casa en condominio Departamento en edificio Pieza en casa o departamento Pieza en casa antigua o conventillo Mediagua o mejora Rancho, ruca o choza Otro tipo (móvil, carpa, etc.) Especifique: _____ 			

II. MODULO VIVIENDA

12. ¿Bajo que situación ocupa la vivienda?	V23
<ol style="list-style-type: none"> Propia pagada Propia pagándose Propiedad compartida (pagada) con otros hogares de la vivienda Propiedad compartida (pagándose) con otros hogares de la vivienda Arrendada con contrato Arrendada sin contrato Cedida por servicios Cedida por familiar u otro Usufructo Ocupación irregular (de hecho) 	
13. ¿Cuánto paga de arriendo?, o si Ud. tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto le costaría el arriendo mensual ?	
Pesos	V24
14. ¿Cuántos hogares hay en la vivienda?	V25
<i>Si existe un solo hogar en la vivienda Pase a Pregunta 17</i>	
15. ¿Su hogar es el principal de la vivienda?	V26
<ol style="list-style-type: none"> Sí No 	
16. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupa su hogar?	
a. Dormitorios (uso exclusivo para dormir)	V27
b. Estar-comer (uso exclusivo)	V28
c. Estar-comer y dormir (uso múltiple)	V29
d. Estar-comer y cocinar (uso múltiple)	V30
e. Cocina (uso exclusivo)	V31
f. Baño	V32
g. Otras piezas no habitables	V33

17. ¿Algún miembro de este hogar es propietario de esta vivienda?	V34
<ol style="list-style-type: none"> Jefe de Hogar Cónyuge Hijo(a) Otro pariente Otro no pariente Jefe y cónyuge Jefe y otro pariente No es propietario → Pase a P.22 	
18. ¿Compró la vivienda con ayuda de algún programa habitacional? ¿A través de qué programa?	V35
<ol style="list-style-type: none"> Sí, Subsidio habitacional (Tradicional, SAF o Unificado) Sí, Subsidio rural Sí, Subsidio Vivienda Básica (Certificado) Sí, Subsidio Vivienda Progresiva Sí, PEV o PET Sí, Vivienda Básica (Vivienda) Sí, Vivienda Progresiva I Etapa Sí, Vivienda Progresiva II Etapa Sí, Lote con servicio (Caseta o Infraestructura sanitaria) Sí, Otro beneficio. Especifique: _____ 	
11. No la compró con ayuda de P. Habitacional → Pase a P.20	
19. ¿En qué año recibió la vivienda o el subsidio?	V36
Año	
20. ¿Compró la vivienda con Crédito Hipotecario?	V37
<ol style="list-style-type: none"> Sí, SERVIU Sí, Banco del Estado Sí, Banco privado o Financiera Sí, Otra institución. Especifique: _____ No, sin crédito hipotecario → Pase a P.22 	
21. ¿Está pagando su crédito hipotecario actualmente?	V38
<ol style="list-style-type: none"> Sí, está pagando al día sus dividendos Sí, está pagando con atraso sus dividendos No está pagando, aunque tiene deuda pendiente No está pagando, terminó de pagar 	

22. ¿Algún miembro de este hogar es propietario de otra vivienda?	V39
<ol style="list-style-type: none"> Sí, Jefe de Hogar Sí, Cónyuge Sí, Hijo(a) Sí, Otro pariente Sí, Otro no pariente Jefe y cónyuge Jefe y otro pariente No es propietario → Pase a P.27 	
23. ¿Compró la otra vivienda con ayuda de algún programa habitacional?	V40
<ol style="list-style-type: none"> Sí, Subsidio habitacional (Tradicional, SAF, o Unificado) Sí, Subsidio rural Sí, Subsidio Vivienda Básica (Certificado) Sí, Subsidio Vivienda Progresiva Sí, PEV o PET Sí, Vivienda Básica (Vivienda) Sí, Vivienda Progresiva I Etapa Sí, Vivienda Progresiva II Etapa Sí, Lote con servicio (Caseta o Infraestructura sanitaria) Sí, Otro beneficio. Especifique: _____ 	
11. No la compró con ayuda de P.Habitacional → P.25	
24. ¿En qué año recibió la vivienda o el subsidio?	V41
Año	
25. ¿Compró la otra vivienda con Crédito hipotecario?	V42
<ol style="list-style-type: none"> Sí, SERVIU Sí, Banco del Estado Sí, Banco privado o Financiera Sí, otra institución. Especifique: _____ No, sin crédito hipotecario → Pase a P27 	
26. ¿Está pagando su crédito hipotecario actualmente?	V43
<ol style="list-style-type: none"> Sí, está pagando al día sus dividendos Sí, está pagando con atraso sus dividendos No está pagando, aunque tiene deuda pendiente No está pagando, terminó de pagar 	

27. ¿A qué distancia de su vivienda, medida en número de cuadras, está:	
<ol style="list-style-type: none"> Hasta 3 cuadras (Hasta ½ Km.) Entre 4 y 8 cuadras (½ a 1 Km.) Entre 9 y 18 cuadras (1 a 2 Km.) Entre 19 y 27 cuadras (2 a 3 Km.) A 28 ó más cuadras (3 ó más Km.) No hay No sabe 	
a. El Consultorio o Posta rural	V44
b. El Jardín Infantil	V45
c. La Escuela	V46
d. La movilización colectiva	V47
e. El Centro comercial de abastecimiento cotidiano	V48
f. La Plaza o Areas verdes	V49
g. La Cancha deportiva	V50
h. El Teléfono público o de acceso público	V51
i. El Retén o Comisaría	V52

III. MODULO EDUCACION

15 ó más		11 años o menos		Todos		24 años o menos		De 6 a 24 años	
1. ¿Sabe leer y escribir?		2. ¿Quién está a cargo del cuidado del niño durante el día?		3. ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa especial?		4. ¿Cuándo fue la última vez que asistió formalmente a un jardín infantil, sala cuna, programa especial infantil o algún establecimiento educacional?		5. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a un jardín infantil o algún establecimiento educacional?	
1. Sí 2. No		1. La madre 2. El padre 3. Un hermano/a mayor 4. Un abuelo/a 5. Otro familiar 6. Una persona de servicio doméstico 7. Una vecina o vecino 8. Un familiar o no familiar que recibe pago 9. Permanece en el jardín o establecimiento educacional 10. Se queda solo en el hogar 11. Otra. Especifique		1. Sí → Pase a P.7 2. No		1. Este año (Antes de noviembre) 2. El año pasado 3. Hace dos años 4. Hace tres años o más 5. Nunca ha asistido		1. No tiene edad suficiente. 2. No existe establecimiento cercano 3. No existe cupo en establecimiento 4. Dificultad de acceso o movilización 5. Horario inconveniente 6. Dificultad económica 7. Está trabajando o buscando trabajo 8. Ayuda en la casa o quehacer del hogar 9. Requiere establecimiento especial 10. Maternidad o embarazo 11. No le interesa 12. Pasó edad de estudiar 13. Prepara la Prueba de Ap. Académica 14. Está realizando el Servicio Militar 15. Enfermedad que lo inhabilita 16. Problemas familiares 17. Problemas de conducta 18. Problemas de rendimiento 19. No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa 20. Otra razón. Especifique	
Pase a P.3				Si tiene 24 ó menos años, pase a P.4 Si tiene 25 o más años, pase a P.8				Pase a P.8	
1	2	3	4	5	6				
E1	E2	E3	E4	E5	E6				
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

III. MODULO EDUCACION

Estudiantes	Todos	A TODOS los estudiantes			
<p>7. ¿A qué jornada asiste regularmente?</p> <p>1. Mañana 2. Tarde 3. Jornada Completa (mañana y tarde) 4. Vespertina 5. Otra (horario variable o esporádico)</p>	<p>8. Indique el Curso y Tipo de estudio actual (para los que están estudiando) o el último curso aprobado (para los que no están estudiando)</p> <p>Tipo de estudios:</p> <p>1. Educación Preescolar o Educación parvularia 2. Preparatoria (Sistema Antiguo) 3. Educación Básica 4. Educación Diferencial 5. Humanidades (Sistema Antiguo) 6. Educación Media Científico-Humanística 7. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo) 8. Educación Media Técnica Profesional 9. Centro de Formación Técnica incompleta (sin título) 10. Centro de Formación Técnica completa (con título) 11. Instituto Profesional incompleta (sin título) 12. Instituto Profesional completa (con título) 13. Educación Universitaria incompleta (sin título) 14. Educación Universitaria completa (con título) 15. Universitaria de Postgrado 16. Ninguno</p>	<p>9. Indique el Establecimiento Educacional, Sala Cuna, Jardín Infantil al cual asiste actualmente (Año 2000). En caso de los Programas Especiales a Preescolares, anote el nombre del Programa Especial.</p> <p>(Escriba con letra clara y legible el nombre, la dirección y comuna en que se ubica el establecimiento, solicite algún documento que lo acredite: Libreta de notas, comunicaciones, etc.)</p>			
<p>7</p> <p>E7</p>	<p>8. Curso</p> <p>E8</p>	<p>8. Tipo</p> <p>E9</p>	<p>9.a. Nombre del establecimiento</p>	<p>9.b. Dirección del establecimiento</p>	<p>9.c. Comuna</p>
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

III. MODULO EDUCACION

A TODOS los estudiantes			Estudiantes de Educación Prebásica, Básica y Media									
10. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento? 1. Municipal 2. Particular Subvencionada 3. Corporación de Administración Delegada 4. Particular no subvencionado 5. JUNJI 6. INTEGRA 7. Jardín infantil o sala cuna del trabajo de la madre o del padre 8. No sabe	11. ¿En el presente año escolar recibe alimentación en el establecimiento educacional? 1. Desayuno u Once 2. Almuerzo 3. Desayuno y Almuerzo o Almuerzo y Once 4. Desayuno, Almuerzo y Once (Alimentación completa) 5. Alimentación completa más colación 6. No recibe. → Pase a P.13	12. ¿Paga por la alimentación que recibe en el establecimiento educacional? 1. Si 2. No	13. En el presente año escolar 2000, ¿ha recibido alguno de los siguientes beneficios en el establecimiento educacional o a través de él? Útiles escolares Textos escolares Atención dental escolar Atención médica escolar 1. Sí 2. No									14. ¿Paga colegiatura o financiamiento compartido? 1. Si. Indique monto mensual 2. No
			Prebásica		Básica				Media			
10	11	12	Útiles	Textos	Útiles	Textos	A.Dental	A.Médica	Útiles	Textos	14	14. Monto mensual
E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

III. MODULO EDUCACION

Todos los Estudiantes				Estudiantes de Educación Superior				
<p>15. En el presente año escolar 2000, ¿ha recibido alguna de estas becas estatales? (<i>Lea las alternativas</i>)</p> <p>1. Sí, Beca Presidente de la República (Ed. Media y Superior) 2. Sí, Beca Indígena (Ed. Básica, Media y Superior) 3. Sí, Beca de Matrícula o Arancel (Mineduc) (Ed. Superior) 4. Otra beca estatal. Especifique (Todos los estudiantes) 5. No recibió</p> <p>¿Qué MONTO recibe MENSUALMENTE?</p>				<p>16.a. ¿Recibe crédito universitario?</p> <p>1. Sí. 2. No→ Pase a Módulo Salud</p>	<p>16.b. ¿Qué tipo de crédito recibe?</p> <p>1. Crédito Universitario o Fondo Solidario 2. CORFO 3. Otro Especifique</p>	<p>16.c Por favor indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> la carrera que está estudiando el porcentaje del costo que le cubre el Crédito y el monto que usted paga mensualmente. 		
Beca 1		Beca 2						
Tipo1	Monto1	Tipo2	Monto2	16.a	16.b	16. Carrera	16. Arancel (%)	16. Pago mensual
E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	E31
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

IV. MODULO SALUD: Sistema previsional, programas, actividades preventivas y curativas.

Todos		5 años o menos, embarazadas o amamantando		6 años o más	15 años o más	Mujeres de 15 años o más		Todos
<p>1. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece Ud.?</p> <p>0. Sistema Público Grupo A (Indigente) 1. Sistema Público Grupo B 2. Sistema Público Grupo C 3. Sistema Público Grupo D 4. Sistema Público. No sabe el grupo 5. FF.AA. y del Orden 6. ISAPRE 7. Ninguno (Particular) 8. Otro Sistema. Especifique 9. No sabe</p>		<p>2.a. ¿Cuál es el estado nutricional del niño?</p> <p>1. Normal 2. Riesgo de desnutrir 3. Desnutrido 4. Sobrepeso 5. Obeso 6. No sabe</p> <p>2.b. ¿Cuál es el estado nutricional de la embarazada?</p> <p>1. Normal 2. Bajo peso 4. Sobrepeso 5. Obesa 6. No sabe</p> <p><i>Diagnóstico más reciente en los últimos 6 meses.</i></p>		<p>3. En los últimos 3 meses, ¿retiró alimentos del consultorio?</p> <p>1. Sí, Leche fortificada 26% M. Grasa 2. Sí, Leche Cereal 3. Sí, Leche Cereal y Arroz 4. Sí, Leche fortificada 26% M. Grasa y Arroz 5. Sí, sólo Arroz 6. No retiró alimentos 7. No sabe</p>	<p>4. En el último mes ¿Cuántas veces ha practicado deporte o alguna actividad física (en sesiones de no menos de 30 minutos)</p> <p>1. Todos los días 2. 5 a 6 veces por semana 3. 3 a 4 veces por semana 4. 1 a 2 veces por semana 5. Menos de una vez por semana 6. Ninguna 7. No responde</p>	<p>5. Ud. diría que su salud en general es:</p> <p>1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala 6. No sabe</p>	<p>6a. En los últimos tres años, ¿se ha hecho el Examen de Papanicolau?</p> <p>1. Sí, → Pase a P.7 2. No, → Pase a P.6.b 3. No sabe → Pase a P.7</p> <p>6b. ¿Por qué no se lo ha hecho?</p> <p>1. No sabe dónde hacérselo 2. Le da miedo o le disgusta 3. Se le olvidó o dejación 4. No cree que lo necesite 5. No lo conoce 6. El horario del consultorio no me sirve 7. Otros. Especifique 8. No sabe</p>	<p>7. En los últimos seis meses, ¿tuvo atención dental?</p> <p>1. Sí, de urgencia 2. Sí, control sin tratamiento 3. Sí, tratamiento 4. Solicitó atención y no se la dieron 5. Necesitó atención, pero no la solicitó 6. Le dieron hora, pero no la utilizó 7. No necesitó atención 8. No sabe</p>
1	2.a	2.b	3	4	5	6.a	6.b	7
S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

IV. MODULO SALUD

Todos

TODOS

a. En qué establecimiento recibió la atención? (**Est**)

1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
2. Posta rural (Municipal o SNSS)
3. Consultorio de especialidades del SNSS (Consultorio externo del hospital).
4. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
5. Servicio de urgencia de hospital público (Posta)
- 6 Hospital del SNSS
7. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado o en su domicilio con profesional privado.
8. Establecimiento de las FF.AA o del Orden.
9. Servicio de Urgencia de clínica privada
10. Mutual de seguridad
11. Otro. Especifique _____
12. No sabe

b. ¿Tuvo que efectuar alguna cancelación? (**Can**)

1. Sí, parcial (copago C y D)
2. Sí, parcial por atención dental en establecimiento público (copago B, C y D)
3. Sí, parcial con bonos de FONASA (Libre Elección)
4. Sí, parcial con bonos de ISAPRE
5. Sí, total
6. No, gratuito (grupo A indigencia y grupo B)
7. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (grupos C y D)
8. No, cobertura 100% ISAPRE
9. Otra forma. Esp: _____
10. No sabe.

c. ¿Le recetaron algún medicamento? (sólo para controles y consultas). (**Rec**)

1. Sí, los recibí todos gratis
2. Sí, recibí algunos gratis y otros los compré
3. Sí, recibí algunos gratis y los otros no pude comprarlos
4. Sí, los compré todos
5. Sí, compré algunos
6. Sí, pero no pude comprar ninguno
7. No le recetaron medicamentos
8. No se acuerda o no sabe

A continuación le haré algunas preguntas, parecidas a las anteriores, respecto al último episodio de salud que ha tenido durante el **último mes**.

15. En los **últimos 30 días**, ¿ha tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente?

1. Si
2. No → **Pase a P.23**

16. ¿Consultó por ese problema, enfermedad o accidente?

1. Si
2. No → **Pase a P.22**

De los siguientes tipos de atenciones o prestaciones de salud, ¿cuántas recibió en los últimos tres meses?
(Anote el N° de prestaciones recibidas, el Establecimiento utilizado, la forma de Cancelación y Receta, en **últimos 3 meses**)

Control Preventivo de salud				Consulta General				Consulta de Especialidad				Consulta de urgencia				Atención dental			Exámenes de laboratorio			Rayos X o Ecografías			
Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	
8	a	b	c	9	a	b	c	10	a	b	c	11	a	b	c	12	a	b	13	a	b	14	a	b	
1	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

15

16

S35

S36

IV. MODULO SALUD: Acceso al sistema

Todos												
<p>17. ¿A quién o en qué lugar consultó?</p> <p>1. En la farmacia → Pase a P.23</p> <p>2. A un especialista en medicina alternativa (curandero, componedor, yerbatero, iriólogo, etc.) → Pase a P.23</p> <p>3. A un médico homeópata → Pase a P.23</p> <p>4. En un centro público de salud (consultorio, hospital, posta rural)</p> <p>5. En un centro privado de salud (consulta médica, centro médico, clínica)</p> <p>6. En un centro de urgencia público (Posta o Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU)</p> <p>7. En un centro de urgencia privado.</p> <p>8. Otro. Especifique</p>	<p>18. ¿Pagó algo por la consulta?</p> <p>1. Sí, parcial (grupos C y D)</p> <p>2. Sí, parcial con bonos de FONASA (Libre Elección)</p> <p>3. Sí, parcial con bonos de ISAPRE</p> <p>4. Sí, total</p> <p>5. No, gratuito (grupo A indigencia y grupo B)</p> <p>6. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (grupos C y D)</p> <p>7. No, cobertura 100% ISAPRE</p> <p>8. Otra forma. Especifique</p> <p>9. No sabe.</p>	<p>19. ¿Le recetaron algún medicamento?</p> <p>1. Sí, los recibí todos gratis</p> <p>2. Sí, recibí algunos gratis y otros los compré</p> <p>3. Sí, recibí algunos gratis y los otros no pudo comprarlos</p> <p>4. Sí, los compré todos</p> <p>5. Sí, compré algunos</p> <p>6. Sí, pero no pudo comprar ninguno</p> <p>7. No le recetaron medicamentos</p> <p>8. No se acuerda o no sabe</p>	<p>20. ¿Usted considera que la atención recibida fue:</p> <p>1. Oportuna</p> <p>2. Con alguna demora</p> <p>3. Tardía</p> <p>4. No Sabe</p>	<p>21. ¿Qué grado de satisfacción obtuvo por la atención recibida en:</p> <p>a. Atención médica?</p> <p>b. Atención de enfermería?</p> <p>c. Trato de personal administrativo?</p> <p>d. Higiene en los baños?</p> <p>e. Salas de espera?</p> <p>1. Muy bueno</p> <p>2. Bueno</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Malo</p> <p>5. Muy malo</p> <p>6. No usó esa atención</p> <p>7. No sabe</p> <p style="text-align: center;">Pase a P.23</p>	<p>22. ¿Por qué no tuvo consulta?</p> <p>1. No lo consideré necesario, no hizo nada</p> <p>2. No lo consideré necesario, utilicé remedios caseros, se auto-recetó medicamentos</p> <p>3. Pensé en consultar, pero no tuvo dinero</p> <p>4. Pensé en consultar, pero no tuvo tiempo</p> <p>5. Pensé en consultar, pero le cuesta llegar al lugar de la atención (queda muy lejos, está discapacitado, no hay locomoción)</p> <p>6. Pidió hora, pero no la obtuvo</p> <p>7. Consiguí hora y no la utilicé</p>	<p>23. En los últimos 30 días (último mes) se ha realizado algún control de salud (control niño sano, control embarazo, control crónico)?</p> <p>1. Sí, control de niño sano</p> <p>2. Sí, control de embarazo</p> <p>3. Sí, control de crónico</p> <p>4. Sí, control ginecológico</p> <p>5. Sí, control preventivo del adulto</p> <p>6. Sí, otro control → Pase a P.24</p> <p>7. No tuvo ningún control → Pase a P.27</p>	<p>24. ¿A qué establecimiento acudió?</p> <p>1. Consultorio público (Atención Primaria, Posta Rural, Consultorio Externo Hospital)</p> <p>2. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado</p> <p>3. Establecimiento de las FFAA y de Orden</p> <p>4. Otro. Especifique</p> <p>5. No sabe, no responde</p>	<p>25. ¿Usted considera que la atención recibida por el control fue:</p> <p>1. Oportuna</p> <p>2. Con alguna demora</p> <p>3. Tardía</p> <p>4. No Sabe</p>				
17	18	19	20	21.a	21.b	21.c	21.d	21.e	22	23	24	25
S37	S38	S39	S40	S41	S42	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

IV. MODULO SALUD: Acceso al sistema

Todos																							Todos						
<p>26. ¿Qué grado de satisfacción obtuvo por la atención recibida por el control en:</p> <p>a. Atención médica? b. Atención de enfermería? c. Trato de personal administrativo? d. Higiene en los baños? e. Salas de espera?</p> <p>1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo 5. Muy malo 6. No usó esa atención 7. No sabe</p>					<p>27. En los últimos doce meses, ¿ha estado hospitalizado o requerido una intervención quirúrgica?</p> <p>1. Sí, por intervención quirúrgica 2. Sí, por enfermedad que requirió tratamiento médico 3. Sí, por embarazo 4. Sí, por parto normal 5. Sí, por cesárea 6. Sí, por complicaciones del parto 7. Sí, por accidente que requirió intervención quirúrgica 8. Sí, por accidente que requirió sólo tratamiento médico 9. No 10. No se acuerda o no sabe</p> <p>Si la respuesta es código 9 ó 10 → Pase a P.33</p>					<p>28. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado?</p> <p>Nº de días</p>			<p>29. ¿En qué establecimiento se hospitalizó?</p> <p>1. Hospital público del SNSS. 2. Establecimiento de las FF.AA o del Orden. 3. Establecimiento de una Mutual de Seguridad 4. Otro. Especifique 5. Clínica privada 6. No sabe</p>			<p>30. ¿Pagó algo por la hospitalización?</p> <p>1. Sí, parcial (grupos C y D) 2. Sí, parcial con bonos de FONASA (Ex SERMENA) 3. Sí, parcial con bonos de ISAPRE 4. Sí, total 5. No, gratuito (grupo A indigencia y grupo B) 6. No, cobertura 100% ISAPRE 7. Otra forma. Especifique 8. No sabe.</p>			<p>31. ¿Usted considera que la hospitalización, en relación al momento en que esta le fue indicada?</p> <p>1. Oportuna 2. Con alguna demora 3. Tardía 4. No sabe</p> <p>Considere la última hospitalización.</p>			<p>32. ¿Qué grado de satisfacción obtuvo por la atención recibida durante su última hospitalización en:</p> <p>a) Atención médica? b) Atención de enfermería? c) Trato de personal administrativo? d) Higiene en los baños? e) Infraestructura en general?</p> <p>1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo 5. Muy malo 6. No sabe</p>					<p>33. ¿Algún miembro del hogar presenta, alguna de las siguientes deficiencias?</p> <p>1. Deficiencia para oír 2. Deficiencia para hablar 3. Deficiencia para ver 4. Deficiencia mental 5. Deficiencia física 6. Deficiencia por causa siquiátrica 7. Ninguna</p> <p>Anotar hasta tres deficiencias</p>		
26.a	26.b	26.c	26.d	26.e	27.a	27.b	27.c	28.a	28.b	28.c	29.a	29.b	29.c	30.a	30.b	30.c	31	32.a	32.b	32.c	32.d	32.e	33.1	33.2	33.3				
S50	S51	S52	S53	S54	S55	S56	S57	S58	S59	S60	S61	S62	S63	S64	S65	S66	S67	S68	S69	S70	S71	S72	S73	S74	S75				
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

V. MODULO EMPLEO E INGRESOS DEL TRABAJO

Situación ocupacional (personas de 12 años y más)						Ocupados (Responden alt. 1 en P1 ó en P2)	
<p>1. ¿Trabajó Ud. la semana pasada?</p> <p>1. Sí → P.8 No</p> <p>¿Ni siquiera una hora?</p> <p>¿Ni ayudando a un familiar?</p> <p>¿Ni como aprendiz sin paga?</p> <p>¿Ni vendiendo algún producto?</p> <p>1. Sí → P.8 2. No → P.2</p>	<p>2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo del cual estuvo ausente temporalmente por licencia, huelga, enfermedad, vacaciones u otra razón?</p> <p>1. Sí. → P.8 2. No. → P.3</p>	<p>3. ¿Buscó trabajo remunerado en los últimos dos meses?</p> <p>1. Sí. → P.4 2. No. → P.7</p>	<p>4. ¿Cuántas semanas ha estado buscando trabajo?.</p> <p>(Señale el número de semanas cumplidas)</p>	<p>5. ¿Ha trabajado alguna vez?</p> <p>1. Sí. 2. No.</p>	<p>6. ¿Cuál es su oficio o que hacía en su último trabajo?</p> <p>Pase a P.25</p>	<p>7. ¿Por qué no buscó trabajo en los últimos dos meses?</p> <p>1. Quehaceres del hogar 2. No tiene con quién dejar los niños 3. Enfermedad crónica o invalidez 4. Estudiante 5. Jubilado(a), montepiada o pensionada 6. Rentista 7. Tiene trabajo esporádico 8. Se aburrió de buscar 9. No tiene interés 10. Otra razón. Especifique</p> <p>Pase a P.25</p>	<p>8. ¿Cuál es su ocupación u oficio actual o qué hace Ud. en su trabajo principal?</p>
1	2	3	4	5	6	7	8
O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

V. MODULO EMPLEO E INGRESOS DEL TRABAJO

Ocupados								
9. ¿Qué clase de actividad realiza la empresa, industria o servicio donde desempeña su trabajo principal actual?	10. En su ocupación principal, Ud. trabaja como: <i>(Lea las alternativas)</i> 1. Patrón o empleador 2. Trabajador por cuenta propia 3. Empleado u obrero del sector público (Gov. Central o Municipal) 4. Empleado u obrero de empresas públicas 5. Empleado u obrero del sector privado 6. Servicio doméstico puertas adentro 7. Servicio Doméstico puertas afuera 8. Fam. no remunerado 9. FF.AA. y del Orden <i>Si contesta alternativas 3, 4, 5, 6 ó 7, pase a P.11.</i> <i>Si contesta alternativas 1, 2, 8 ó 9, pase a P.13.</i>	11. En su trabajo actual principal, ¿ha firmado contrato de trabajo? 1. Sí, contrato indefinido 2. Sí, contrato no indefinido 3. Sí, no sabe si es indefinido 4. No ha firmado contrato 5. No se acuerda o no sabe si firmó contrato	12. Según su contrato de trabajo o el trato con su empleador, su jornada de trabajo normal es de: <i>(Señale horas semanales)</i>	13. ¿Cuántas personas trabajan en total en esa empresa (en Chile)? A. Una persona B. 2 a 5 personas C. 6 a 9 personas D. 10 a 49 personas E. 50 a 199 personas F. 200 y más personas X. No sabe <i>(Incluya al entrevistado)</i>	14. ¿Cuántas horas trabaja efectivamente en su empleo principal? <i>(Señale horas semanales)</i>	15 Su actual empleo principal es de tipo: <i>(Lea alternativas)</i> 1. Permanente 2. Temporal 3. A plazo fijo 4. Por tarea o servicio 5. Otra. Esp__	16. ¿Desde cuándo tiene su actual empleo? <i>(Indique mes y año con cuatro dígitos)</i>	
							Fecha	
9	10	11	12	13	14	15	16. Mes	16. Año
O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16M	O16A
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

V. MODULO EMPLEO E INGRESOS DEL TRABAJO

Ocupados													
<p>17. Se encuentra cotizando en algún sistema previsional?</p> <p>1. Servicio de Seguro Social 2. Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), 3. Caja de Empleados Particulares (EMPART)) 4. INP (No sabe Caja) 5. AFP (Administradora de Fondos de Pensiones) 6. Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) o de Carabineros (DIPRECA) 7. Otra. Especifique 8. No está cotizando</p>	<p>18. En el mes pasado, ¿cuál fue su ingreso o remuneración líquida en su ocupación principal?</p> <p>Anote el monto mensual declarado en pesos</p> <p>INCLUYA:</p> <p>Los descuentos por préstamos y consumos en casas comerciales.</p> <p>EXCLUYA:</p> <p>Las asignaciones familiares, bonificaciones, gratificaciones, descuentos previsionales y de salud.</p> <p>(Si no tuvo remuneración o ingresos, anote cero y pase a P.20)</p>	<p>19. ¿A qué jornada de trabajo correspondió ese ingreso o remuneración del mes anterior?</p> <p>Indique total de horas y días mensuales</p>	<p>20. Además del ingreso declarado anterior (en Pregunta 18), ¿recibió el mes pasado otros ingresos provenientes del trabajo principal?.</p> <p>(Anote como máximo dos situaciones, lea alternativas)</p> <p>1. Bonificación o gratificación 2. Remuneración en especies o regalías 3. Retiro de productos de su negocio (no agrícolas) para consumo propio 4. Valor de la casa cedida por servicios 0. No recibió otros ingresos</p> <p>¿Cuál es la periodicidad de este ingreso?</p> <p>1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Cuatrimestral 8. Semestral 9. Anual</p>	<p>21. Durante el último año (Nov. 1999 a Oct. 2000), ¿ha recibido Ud. alguno de los siguientes tipos de ingresos derivados de su trabajo principal?</p> <p>1. Bonificaciones, gratificaciones u otros similares. (Trabajadores dependientes) 2. Ganancias derivadas de la venta de productos agropecuarios y mineros (Trabajadores independientes del sector silvoagropecuario y mineros) 0. No ha recibido los ingresos anteriores.</p> <p>Anote el tipo de ingreso y monto anual correspondiente</p>	<p>22. ¿Tiene otra u otras ocupaciones además del trabajo principal?</p> <p>1. Sí → P.23 2. No → P.24</p>	<p>23. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total por esa o esas ocupaciones?</p> <p>Incluya el total de ingresos percibidos por trabajos secundarios durante el mes anterior.</p>							
17	18	19 Horas	19 Días	Tipo 1	Pesos	Per	Tipo 2	Pesos	Per	Tipo	Monto anual \$	22	23
O17	O18	O19H	O19D	O20	O22	O23	O24	O25	O26	O27	O28	O29	O30
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

V. MODULO EMPLEO E INGRESOS DEL TRABAJO

Ocupados	Personas de 15 a 60 años			
<p>24. ¿Actualmente usted participa en algún Programa de Empleo de Emergencia del Estado. (Municipalidad u otro organismo estatal)?</p> <p>1. Sí. 2. No.</p>	<p>25. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación laboral durante los últimos 12 meses?</p> <p>1. Sí, sólo una vez 2. Sí, más de una vez → Pase a P.26</p> <p>3. No → Pase a Módulo Otros Ingresos</p>	<p>26. ¿Cuál fue la duración y la intensidad de la capacitación recibida?</p> <p>(Conteste en relación a la última acción de capacitación recibida)</p> <p>Duración</p> <p>A. Menos de un mes B. De 1 a 3 meses C. De 4 a 6 meses D. Más de 6 meses</p> <p>Intensidad semanal</p> <p>1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Cuatro veces 5. Cinco o más veces</p>	<p>27. La capacitación recibida o la que actualmente recibe tenía o tiene por finalidad...</p> <p>1. Capacitarse en un oficio para encontrar un empleo 2. Aprender un nuevo oficio para cambiar de empleo o actividad 3. Mejorar su desempeño en su actual actividad 4. Mejorar sus conocimientos en general, sin que ello se relacione necesariamente a su puesto de trabajo. 5. Otro. Especifique</p>	
24	25	26. Duración	26. Intensidad	27
O31	O32	O33	O34	O35
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

VI. MODULO OTROS INGRESOS

A TODAS las personas									
<p>1. El mes pasado, ¿recibió ingresos por: ... ?</p> <p style="text-align: center;"><i>Registre como máximo dos tipos de ingresos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arriendo de propiedades urbanas 2. Pensión de alimentos 3. Dinero aportado por familiares ajenos al hogar 4. Remuneración por trabajos ocasionales (no ocupados) 5. Arriendo de maquinarias, animales o implementos 6. Trabajos realizados antes del mes anterior (septiembre u octubre), correspondiente a sueldos, finiquitos, indemnizaciones de trabajadores <p>0. No recibió estos tipos de ingresos</p>				<p>2. En los últimos 12 meses (noviembre de 1999 a octubre de 2000), ¿recibió ingresos por ... ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intereses por depósitos 2. Dividendo por acciones 3. Donaciones de instituciones o personas ajenas al hogar 4. Valor del consumo de productos agrícolas producidos o recolectados por el hogar (huertos, gallineros, productos del mar, etc.) Especifique 5. Retiro de utilidades 6. Arriendo de propiedades agrícolas (tierras e instalaciones) 7. Arriendo de propiedades por temporadas 8. Otros ingresos. Especifique <p>0. No recibió este tipo de ingresos</p>					
Tipo 1	Monto 1	Tipo 2	Monto 2	Tipo 1	Monto 1	Tipo 2	Monto 2	Tipo 3	Monto 3
Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

VI. MODULO OTROS INGRESOS

<p style="text-align: center;">Personas 12 años y más</p> <p>3. ¿Recibió el mes pasado asignación familiar?</p> <p>1. \$ 3.310 (Sueldo bruto hasta \$101.113) 2. \$ 3.220 (Sueldo bruto de \$101.114 a \$204.321) 3. \$ 1.094 (sueldo bruto de \$204.322 a \$328.233)</p> <p>0. No percibe asignación familiar</p>	<p style="text-align: center;">A todas las personas</p> <p>4. El mes pasado, ¿recibió ingresos por: ... ?</p> <p>Tipo</p> <p>1. Jubilación 2. Renta vitalicia 3. Pensión de invalidez 4. Montepío o pensión de viudez 5. Pensión de orfandad 6. Otro. Especifique</p> <p>0. No recibió este tipo de ingresos.</p> <p>Institución que la paga</p> <p>1. AFP (Administradora de Fondos de Pensiones) 2. INP (Instituto de Normalización Previsional) 3. Caja de las FF.AA 4. Mutual 5. Compañía de Seguros 6. Otra Institución. Especifique</p>
<p>5. ¿Recibió el mes pasado ingresos por alguno de los siguientes subsidios del Estado ...?</p> <p>PASIS (Monto mínimo \$33.589, excluyendo las asignaciones familiares)</p> <p>1. Pensión asistencial de vejez o ancianidad 2. Pensión asistencial de invalidez 3. Pensión asistencial por deficiencia mental</p> <p>SUF Subsidio Familiar (El monto es fijo y corresponde a \$ 3.310)</p> <p>4. Subsidio familiar al menor o recién nacido 5. Subsidio familiar a la mujer embarazada 6. Subsidio familiar a la madre</p> <p>SUF Duplo Subsidio Familiar (El monto es fijo y corresponde a \$ 6.620)</p> <p>7. Subsidio familiar por deficiencia mental 8. Subsidio familiar por invalidez</p> <p>CESANTIA (Sólo a miembros del hogar cesantes)</p> <p>9. \$ 17.338 por mes (0 a 90 días de cesantía) 10. \$ 11.580 por mes (91 a 180 días de cesantía) 11. \$8.669 por mes (181 a 360 días de cesantía)</p> <p>12. SAP Subsidio de Agua Potable (Solo a jefes de hogar)</p> <p>13. Otro subsidio del Estado. Especifique</p> <p>0. No recibió este tipo de ingresos</p>	

Tramo de Ingreso	Nº Asignaciones	Tipo 1	Monto 1	Inst. 1	Tipo 2	Monto 2	Inst. 2	Tipo 1	Monto 1	Tipo 2	Monto 2
Y11	Y12	Y13	Y14	Y15	Y16	Y17	Y18	Y19	Y20	Y21	Y22
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

I. MODULO RESIDENTES: Composición del hogar

					A todas las personas			18 o más años		
Incluya a todos los miembros del hogar. Escriba el nombre de pila de todos los integrantes del hogar e indique quién está presente en la entrevista Presencia en la entrevista 1. Contesta 2. Presente pero no contesta 3. No está presente		1. Parentesco con el Jefe o la Jefa del Hogar 01. Jefe(a) de Hogar 02. Cónyuge o pareja 03. Hijo(a), hijastro(a) 04. Padre o madre 05. Suegro(a) 06. Yerno o nuera 07. Nieto(a) 08. Hermano(a) 09. Cuñado(a) 10. Otro familiar 11. No familiar 12. S. Doméstico P. Adentro 2. Sexo 1. Hombre 2. Mujer 3. Edad (años cumplidos)		4. Núcleo familiar (Anote el Nº de orden del Núcleo) 1. Principal 2. Segundo 3. Tercero : n. Enésimo 0. Servicio Doméstico	5. ¿Cuál es su Relación de parentesco con el Jefe o Jefa de Núcleo 01. Jefe(a) de Núcleo 02. Cónyuge/pareja 03. Hijo(a), hijastro(a) 10. Otro familiar 11. No familiar	6. ¿Cuál es su estado civil actual? (Lea alternativas) 1. Casado(a) 2. Conviviente 3. Anulado(a) 4. Separado(a) de unión legal 5. Separado(a) de unión de hecho 6. Viudo(a) 7. Soltero(a)	7. En Chile, la ley reconoce la existencia de 8 pueblos originarios o indígenas, ¿pertenece usted a alguno de ellos? 1. Si, Aymará 2. Si, Rapa-nui 3. Si, Quechua 4. Si, Mapuche 5. Si, Atacameño 6. Si, Coya 7. Si, Kawaskar 8. Si, Yagán 0. No pertenece a ninguno de ellos	8. ¿Algún miembro del hogar habla o entiende alguna de las siguientes lenguas Aymará Rapa-nui Quechua Mapuche Atacameño Coya Kawaskar Yagán 1. Habla y entiende 2. Sólo entiende 3. Ninguna	9. ¿Está inscrito postulando, ha postulado o tiene libreta de ahorro para la vivienda, para postular en los próximos meses a alguno de los siguientes programas habitacionales? 01. Subsidio General Unificado 02. Subsidio Rural 03. PET (Programa especial para trabajadores) 04. Vivienda Progresiva I Etapa 05. Vivienda Progresiva II Etapa 06. Vivienda Básica 07. Caseta sanitaria o Infraestructura Sanitaria) 08. Leasing. 09. Subsidio General Unificado, Renovación urbana 10. No está Inscrito	
Total Personas NUM										
P	Nombre	1	2	3	4	5	6	7	8	9
QUIEN	NOMB	PCO1	SEXO	EDAD	NUCLEO	PCO2	ECIVIL	ETNIA	HABLA	POSTULA
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										