

## ENCUESTA CASEN 2011 PILOTO

Región	Comuna	Zona	Segmento	Vivienda (Orden)	Hogar
Nombre Entrevistado (Familia con dos apellidos en caso de Zonas rurales)					
Dirección: Calle, n°, dpto o casa si corresponde			Celular:	Teléfono:	
(Villa / Población) o (Localidad)			Comuna:	1. [ ] Urbano 2. [ ] Rural	

### Resultado de la Visita

#### Entrevistados

- 11 Entrevista Completa
- 12 Entrevista Parcial
- 13 Concertada cita con el Entrevistado

#### Factibles de entrevistar No logrados

- 21 No lograda, se negó el entrevistado
- 22 No lograda, se negó el entrevistado rotundamente
- 23 No lograda, se negó un familiar del entrevistado
- 24 No lograda, se negó el acceso a la vivienda
- 25 No lograda, entrevistado no está disponible
- 26 No lograda, vivienda ocupada sin moradores presentes
- 27 No lograda, se cambio a domicilio conocida
- 28 No lograda, se cambio a domicilio desconocida
- 29 No lograda, por problemas físicos o mentales del entrevistado
- 30 No lograda, por otras razones.

Especifique \_\_\_\_\_

#### Se desconoce uso de la vivienda

- 31 Se desconoce el uso de la propiedad
- 32 Dificil acceso al sector
- 33 No encontró la dirección o no existe la dirección en la comuna

#### Fuera de muestra

- 41 Inmueble de uso no habitacional
- 42 Vivienda de uso temporal o para vacaciones
- 43 Vivienda desocupada (en arriendo, venta, etc.)

## B

<b>Total de Hogares en la vivienda</b>		<b>Folio Hogar 1</b>			
		<b>Folio Hogar 2</b>			
		<b>Folio Hogar 3</b>			
		<b>Folio Hogar 4</b>			
		<b>Folio Hogar 5</b>			
		<b>Folio Hogar 6</b>			
<b>Observaciones</b>					
<b>Visita</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Estado</b>	<b>Encuestador</b>	<b>Cód Enc</b>
1ª	___/___/2011	.			
2ª	___/___/2011	.			
3ª	___/___/2011	.			
4ª	___/___/2011	.			
5ª	___/___/2011	.			
<b>Hora Inicio ENTREVISTA</b>			<b>Hora Término ENTREVISTA</b>		
:			:		
<b>Supervisor(a)</b>					
<b>Codificador(a)</b>					
<b>Reservado Supervisión</b>					
	<b>1. Si</b>	<b>2. No</b>		<b>Códigos</b>	
Encuesta completa			Encuestador(a)		
Flujo lógico			Supervisor(a)		
Letra legible			Codificador(a)		
Entrevistado idóneo			Digitador(a)		

**Garantía de Confidencialidad:** La Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile adhiere a lo establecido en La ley Orgánica N° 17.374 del Instituto Nacional de Estadísticas que, en los artículos que señala, determina lo siguiente: Artículo 29: "El Instituto Nacional de Estadísticas, los Organismos Fiscales, Semifiscales y Empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a las personas o entidades determinadas, de que se haya tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el **"SECRETO ESTADÍSTICO"**. Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto por el artículo 247° del Código Penal.



e0. Presencia durante el Módulo educación	Personas de 15 años y más		Todas las personas	Personas de 0 a 6 años y No asisten (e3 = 2)		Personas de 7 a 40 años y No asisten (e3 = 2)		
	e1. ¿Sabe leer y escribir?	e2. Actualmente, ¿Se encuentra participando en algún programa de nivelación de estudios dirigido a personas que no completaron la enseñanza básica o media?	e3. Actualmente ¿Asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?	e4. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a un jardín infantil, sala cuna, programa preescolar no convencional o algún establecimiento educacional?	e5. ¿Quién está a cargo del cuidado del niño o niña la mayor parte del día?	e6. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a algún establecimiento educacional?	e7. Cuando fue la última vez que asistió formalmente a un establecimiento educacional?	
<p><i>Encuestador: registre por observación.</i></p> <p>1. Presente al inicio del módulo. 2. No está presente al inicio del módulo.</p>	<p>1. Sí 2. No</p>	<p>1. Sí, en un curso de regularización o recuperación de estudios <u>básicos</u> en la modalidad regular que ofrece el <u>Ministerio de educación</u>.</p> <p>2. Sí, en un curso de regularización o recuperación de estudios <u>medios</u> en la modalidad regular que ofrece el <u>Ministerio de educación</u>.</p> <p>3. Sí, en un curso de nivelación de estudios <u>básicos</u> en modalidad flexible del <u>Programa Chile Califica</u>.</p> <p>4. Sí, en un curso de nivelación de estudios <u>medios</u> en modalidad flexible del <u>Programa Chile Califica</u>.</p> <p>5. Sí, otro curso. 6. No</p> <p>→ <b>Alternativas 1 a 5→Pasan a e8</b></p>	<p>1. Sí→ <b>Pasa a e8</b> 2. No</p> <p>→<b>Pasa e4 si tiene 0 a 6 años</b> →<b>Pasa e6 si tiene 7 a 40 años</b> →<b>Pasa e8 si tiene 41 años y más</b></p>	<p><i>Encuestador: No lea las alternativas.</i></p> <p>1. No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa. 2. No veo utilidad en que asista a esta edad 3. Desconfío del cuidado que recibiría 4. Se enfermaría mucho 5. El horario no me acomoda 6. No hay matrícula (vacantes) 7. No existe establecimiento cercano 8. Dificultad de acceso o movilización 9. Dificultad económica 10. Tiene una discapacidad 11. Requiere establecimiento de educación especial 12. No lo aceptan 13. Otra Razón. Especifique</p>	<p>1. La madre 2. El padre 3. Un hermano/a 4. Un abuelo/a 5. Otro familiar 6. Una persona de servicio doméstico 7. Una vecina/o 8. Se queda solo en el hogar 9. Otro</p>	<p><i>Encuestador: No lea las alternativas.</i></p> <p>1. No existe establecimiento cercano 2. Dificultad de acceso o movilización 3. Dificultad económica 4. Trabaja o busca trabajo 5. Ayuda en la casa o quehacer del hogar 6. Requiere establecimiento de educación especial 7. Maternidad o paternidad 8. Embarazo 9. No le interesa 10. Tiene una discapacidad 11. Prepara Prueba Selección Universitaria PSU 12. Está realizando el Servicio Militar 13. Enfermedad que lo inhabilita 14. Problemas familiares 15. Problemas de rendimiento 16. Expulsión o cancelación de matrícula 17. Terminó de estudiar 18. A mi edad ya no sirve estudiar 19. No conozco la manera para completar mis estudios 20. Otra razón. Especifique</p>	<p>1. este año (antes del mes de la encuesta) 2. el año pasado 3. Hace dos años 4. Hace tres años o más 5. Nunca ha asistido</p>	
e0	e1	e2	e3	e4	especifique	e5	e6	e7
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

**MODULO EDUCACION**

Todas las personas		Todos los estudiantes que asisten a educación: Preescolar, Básica, Media o Nivelación, Superior					
<p><b>e8. Indique el Curso y Tipo de estudio actual (para los que están estudiando) o el último curso aprobado (para los que no están estudiando).</b></p> <p><b>Tipo de estudios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educación Preescolar o Educación Parvularia</li> <li>2. Preparatoria (Sistema Antiguo)</li> <li>3. Educación Básica</li> <li>4. Escuela Especial (Diferencial)</li> <li>5. Humanidades (Sistema Antiguo)</li> <li>6. Educación Media Científico-Humanística</li> <li>7. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)</li> <li>8. Educación Media Técnica Profesional</li> <li>9. Centro de Formación Técnica incompleta (sin título)</li> <li>10. Centro de Formación Técnica completa (con título)</li> <li>11. Instituto Profesional incompleta (sin título)</li> <li>12. Instituto Profesional completa (con título)</li> <li>13. Educación Universitaria incompleta (sin título)</li> <li>14. Educación Universitaria completa (con título)</li> <li>15. Universitaria de Postgrado</li> <li>16. Ninguno</li> </ol>		<p><b>e9. Indique el establecimiento educacional, Sala Cuna o Jardín Infantil al cual asiste actualmente (Año 2011).</b></p> <p><i>Encuestador: Registre Nombre del establecimiento, Dirección del establecimiento y Comuna.</i></p>			<p><b>e10. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Municipal</li> <li>2. Particular Subvencionada</li> <li>3. Corporación de Administración Delegada</li> <li>4. Particular No Subvencionada</li> <li>5. JUNJI</li> <li>6. INTEGRAL</li> <li>7. Jardín Infantil o Sala Cuna del Trabajo de la madre o del padre</li> <li>8. Universidad del Consejo de Rectores</li> <li>9. Universidad Privada</li> <li>10. Instituto Profesional</li> <li>11. Centro de Formación Técnica</li> <li>12. No sabe</li> </ol>	<p><b>e11. ¿A qué jornada asiste regularmente?</b></p> <p><i>Encuestador: Lea las alternativas.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jornada Mañana</li> <li>2. Jornada Tarde</li> <li>3. Jornada Completa (mañana y tarde)</li> <li>4. Jornada Completa con extensión de horario</li> <li>5. Vespertina</li> <li>6. Otra (horario variable, esporádico o flexible)</li> </ol>	<p><b>e12. ¿En el presente año escolar recibe alimentación gratuita en el establecimiento educacional?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desayuno u Once</li> <li>2. Almuerzo</li> <li>3. Desayuno y Almuerzo o Almuerzo y Once</li> <li>4. Desayuno, Almuerzo y Once (Alimentación completa)</li> <li>5. Alimentación completa más colación</li> <li>6. No recibe</li> </ol>
e8 Curso	e8 Tipo	e9N Nombre establecimiento	e9D Dirección establecimiento	e9C Comuna	e10	e11	e12
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

**MODULO EDUCACION**

Todos los que asisten a Educación: Preescolar, Básica, Media o Superior			Todos los que asisten a Educación: Preescolar, Básica o Media																											
<p><b>e13. En el año escolar 2011, ¿Ha recibido o recibió alguna de estas becas?</b></p> <p><i>Registre máximo 2 becas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí, Beca Indígena (Todos los estudiantes)</li> <li>2. Sí, BARE (ed. Media)</li> <li>3. Sí, Beca Presidente de la República (ed. Media y Superior)</li> <li>4. Sí, Beca Bicentenario (ex-MINEDUC) (ed. Superior)</li> <li>5. Sí, Beca Nuevo Milenio (ed. Superior)</li> <li>6. Sí, Beca Vocación de Profesor (ed. Superior)</li> <li>7. Sí, Otra beca estatal. especifique (Todos los estudiantes)</li> <li>8. Sí, Otra Beca no estatal. especifique (Todos los estudiantes)</li> <li>9. No</li> </ol>			<p><b>e14. En el presente año escolar 2011 ¿ha recibido alguno de los siguientes beneficios?</b></p> <p><i>Encuestador: Lea las alternativas. Marque todas las que corresponda.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Útiles escolares (Cuadernos, lápices, block de dibujo, etc.)</li> <li>• Textos escolares (Libros de estudio)</li> <li>• Atención dental escolar</li> <li>• Atención médica escolar</li> <li>• Yo elijo mi PC (Séptimo Básico)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>											<p><b>e15.a. ¿Paga colegiatura o financiamiento compartido?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No→ Pasa a E16</li> </ol>																
			Pre básica				Básica					Media				e15.a	e15.b (Monto\$)													
			Útiles	Textos	A. Dental	A. Médica	Útiles	Textos	A. Dental	A. Médica	PC	Útiles	Textos	A. Dental	A. Médica															
e13 Tipo 1	e13 Tipo 2	especifique											e14PBU	e14PBT	e14PBD	e14PBM	e14BU	e14BT	e14BD	e14BM	e14BP	e14MU	e14MT	e14MD	e14MM	e15.a	e15.b (Monto\$)			
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

**MODULO EDUCACION**

**Todos los que asisten a educación: Técnico Profesional o Universitaria**

**e16. ¿Recibe alguno de los siguientes créditos universitarios?**

*Encuestador: Registre máximo 2 créditos.*

1. Sí, Crédito Universitario o Fondo Solidario
2. Sí, Crédito CORFO
3. Sí, Crédito con Garantía estatal o Aval del estado
4. Sí, Crédito otorgado por la institución donde estudia
5. Sí, Otro.
6. No → *Pasa a Módulo Trabajo*

**e17. ¿Cuánto cuesta mensualmente su carrera?**

*Encuestador: Anote el monto declarado en pesos.*

**e18. El porcentaje del costo mensual de la carrera que le cubre el crédito**

En caso de tener dos créditos registre % de cobertura de cada uno

	e16 Tipo 1	e16 Tipo2	Costo Mensual	Arancel	
			e17	%c1	%c2
				e18c1	e18c2
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	Personas de 12 años y más						Desocupados	Inactivos			
	o0. Presencia durante el Módulo Trabajo  <i>Encuestador: registre por observación.</i>  1. Presente al inicio del módulo. 2. No está presente al inicio del módulo.			o1. La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?  1. Sí → Pasa a o12 2. No		o4. ¿Ha trabajado alguna vez?  1. Sí 2. No		o6. ¿Buscó trabajo remunerado o en las últimas cuatro semanas?  1. Sí → Pasa a o8 2. No			
	o2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad ... ... por un salario o remuneración? ... por su cuenta (cuenta propia)? ... en su empresa? ... para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)? ... por pago en especies? ... como aprendiz o realizando una práctica? ... de venta? ... agrícola, minera o artesanal?  1. Sí → Pasa a o12 2. No			o5. Si le ofrecieran un trabajo, ¿estaría disponible para comenzar a trabajar?  1. Si, ahora mismo 2. Sí, en otra época del año 3. No		o7. ¿Cuál es la principal razón por la que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas?  POSIBILIDAD DE EMPEZAR A TRABAJAR PRONTO 1. Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará pronto una actividad por cuenta propia 2. Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas → Alternativas 1 y 2 pasan a o8  LIMITACIONES DE CONDICIONES FAMILIARES/PERSONALES 3. No tiene con quien dejar los niños 4. No tiene con quien dejar a adultos mayores 5. No tiene con quien dejar a un postrado, discapacitado o enfermo 6. Está enfermo o tiene una discapacidad  PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES PERSONALES 7. Piensa que nadie le dará trabajo (porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.)  CONDICIONES LABORALES NO SE ADECUAN A EXPECTATIVAS 8. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan 9. Ofrecen sueldos muy bajos  TIENE OTRA ACTIVIDAD/RENTA 10. Quehaceres del hogar 11. Estudiante 12. Jubilado(a), montepiada o pensionada 13. Tiene otra fuente de ingreso (Seguro de Cesantía, mesadas, rentas, transferencias del Estado, etc.)  OTROS 14. Se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible 15. Busca cuando realmente lo necesita o tiene trabajo esporádico 16. No tiene interés en trabajar 17. Otra razón.  → Alternativas 3 a 17 pasan a o9		o8. ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo?  <i>Encuestador: Señale el número de semanas cumplidas</i>  → Pasan a o10		o9. Indique principal condición bajo la cual Ud. estaría dispuesto a trabajar remuneradamente?  1. Si tuviera a alguien que cuide los niños, adultos mayores, enfermos o discapacitados 2. Si tuviera flexibilidad en el horario de trabajo 3. Si tuviera una capacitación adecuada 4. Otro, especifique 5. Sin ninguna condición 6. No, no está dispuesto a trabajar → Pasa a o31	
	o0	o1	o2	o3	o4	o5	o6	o7	o8	o9	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

**MODULO TRABAJO**

Desocupados e Inactivos dispuestos a trabajar				Ocupados (o1=1), Trabajo (o2=1), Tenia trabajo (o3=1)																																																																						
<p><b>o10. Pensando en la jornada laboral, ¿Qué alternativa de jornada de trabajo aceptaría?</b></p> <p><i>Encuestador: Lea las alternativas.</i></p> <p>1. Tiempo completo (45 hrs semanales aprox.)                      2. Tiempo Parcial (30 horas semanales aprox.)                      3. Otro, especifique:                      →Horas por Día:                      →Días por semana</p> <p><b>o11. ¿Cuál es el menor salario mensual por el cual Ud. estaría dispuesto a trabajar la jornada laboral indicada?</b></p> <p><i>Encuestador: Registre monto.</i></p> <p>→ Pasa a <b>o31</b></p>				<p><b>o12. ¿Cuál es su ocupación u oficio o qué hace usted en su trabajo principal?</b></p> <p>Describa la ocupación o el oficio de la persona en su <u>actual trabajo principal</u>.</p> <p>No basta anotar: empleado, obrero, agricultor, comerciante, jornalero.</p> <p><b><u>Anote siempre:</u></b> abogado/a, contador/a, secretario/a, vendedor/a, chofer de taxi, embotellador de bebidas, profesor/a, gáster, ingeniero agrónomo, jornalero agrícola, locutor de radio, sacerdote, médico, vendedor ambulante, trabajador/a de casa particular, etc.</p> <p>Sí la persona entrevistada declara que no tiene oficio, <b><u>deberá</u></b> describirse lo más preciso posible la actividad <b><u>que</u></b> desempeña y por ningún motivo podrá venir <b><u>sin oficio</u></b></p>			<p><b>o13. ¿Qué clase de actividad realiza la empresa, industria o servicio donde desempeña su trabajo principal actual?</b></p> <p>Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o establecimiento <u>en que la persona realiza su actividad u ocupación principal</u>.</p> <p>En el caso de los trabajadores que son del tipo transitorio anotar la actividad que realiza la empresa en que presta sus servicios.</p> <p>Por ejemplo: construcción, comercio, fábrica de zapatos, taller de reparación de automóviles, etc. <b><u>No deberá</u></b> anotarse simplemente: fábrica, taller, etc., como tampoco el nombre o razón social de ellos.</p>																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">o10 Especifique</th> <th rowspan="2">o11 (Monto\$)</th> <th rowspan="2">o12</th> <th rowspan="2">o13</th> </tr> <tr> <th>o10</th> <th>Días</th> <th>Hora</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				o10 Especifique			o11 (Monto\$)	o12	o13	o10	Días	Hora	1						2						3						4						5						6						7						8						9						10							
o10 Especifique			o11 (Monto\$)	o12	o13																																																																					
o10	Días	Hora																																																																								
1																																																																										
2																																																																										
3																																																																										
4																																																																										
5																																																																										
6																																																																										
7																																																																										
8																																																																										
9																																																																										
10																																																																										

MODULO TRABAJO

Ocupados (o1=1), Trabajo (o2=1), Tenia trabajo (o3=1)

Ocupados (o1=1), Trabajo (o2=1), Tenia trabajo (o3=1)																		
o15. ¿Cuántas personas trabajan en total en ese negocio, empresa o institución en Chile?  <i>Encuestador: Lea las alternativas.</i>  1. Solo 1 persona (el entrevistado) 2. De 2 a 5 personas 3. De 6 a 9 personas 4. De 10 a 49 personas 5. De 50 a 199 personas 6. Más de 200 personas 9. No sabe	o16. ¿Dónde realiza la actividad o dónde se ubica el negocio, empresa o institución en la que trabaja?  1. Dentro de su vivienda 2. Taller o local anexo a su vivienda 3. En un establecimiento independiente (fábrica, oficina, etc.) 4. En un predio agrícola 5. En un predio marítimo 6. A domicilio (Casa del empleador o cliente) 7. En la vía pública, transporte terrestre, aéreo o acuático 8. En obras de construcción, mineras o similares 9. En otro lugar	o17. ¿Cuántas horas trabaja efectivamente en su empleo o actividad principal?  <i>(señale horas semanales)</i>	o18. ¿Ud. está dispuesto a trabajar más horas a la semana?  1. Sí, ahora mismo 2. Sí, en otra época del año 3. No→ Pasa a o20  o19. ¿Cuál es la razón por la cual no trabaja más horas?  1. No tiene con quien dejar los niños 2. No tiene con quien dejar a adultos mayores de la casa 3. No tiene con quien dejar a un postrado, discapacitado o enfermo 4. Quehaceres del hogar 5. Un familiar se opone 6. Está estudiando 7. La empresa no dispone de más horas de trabajo 8. Porque no consigue más trabajo 9. No hay más clientes; temporada baja 10. No hay capital, falta local, no hay mercadería 11. Por otras razones	o20. ¿Su trabajo o negocio principal es de tipo...?  <i>Encuestador: Lea las alternativas.</i>  1. Permanente 2. De temporada o estacional 3. Ocasional o eventual 4. A prueba 5. Por plazo o tiempo determinado  o21. ¿Desde qué año tiene su trabajo o negocio principal?  <i>Encuestado: Registre al menos una fecha aproximada.</i>  o22. En su trabajo o negocio principal, Ud. da boleta?  1. Sí, da boleta de servicios 2. Sí, da boleta de compra y venta 3. No 9. No sabe	o23. En su trabajo o negocio principal, ¿Ud. trabaja como?  1. Patrón o empleador 2. Trabajador por cuenta propia  → Alternativas 1 y 2 pasan a o28  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. Familiar no remunerado 9. FF.AA. y del Orden  → Alternativas 3, 4, 5, 6, 7 y 9 pasan a o24 → Alternativas 8 Pasa a o28	o15	o16	o17	o18	o19	o20	o21 Año	o22	o23				
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

MODULO TRABAJO

Ocupados Asalariados (o23=3,4,5,6,7,9)				Ocupados (o1=1), Trabajo (o2=1), Tenia trabajo (o3=1)				
o24. En su actual empleo principal, su relación contractual es de tipo	o25. En su trabajo principal, ¿tiene contrato de trabajo escrito?	o26. Según su contrato de trabajo o el acuerdo con su empleador, ¿su jornada de trabajo normal es de...?	o27. ¿Qué tipo de horario tiene su trabajo actual? <i>Encuestador: Lea las alternativas.</i>	o28. ¿Tiene otro trabajo u empleo además del trabajo principal (actividad u ocupación secundaria)?	o29. En estos otros trabajos, empleos, actividades o negocios, ¿cuánta horas trabajo la semana pasada?:		o30. Considere el trabajo secundario que le reporta mayores ingresos mensuales. En ese trabajo secundario, ¿usted trabaja como...?	
1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo 3. Por obra, faena o servicio 4. De aprendizaje 5. Servicios transitorios	1. Sí, firmó 2. Sí, pero no ha firmado 3. No tiene 4. No se acuerda o no sabe si firmó contrato	<i>Encuestador: Lea las alternativas.</i> 1. Una jornada completa (no puede exceder 45 horas a la semana) 2. Jornada parcial (no puede exceder 30 horas a la semana) 3. Jornada prolongada (más de 60 horas a la semana) 4. Otra, especifique	1. Sólo diurna 2. Sólo nocturna 3. Rotativa o turnos	1. Sí 2. No → pase a o31	• ¿Cuántos días a la semana trabajó la semana pasada? Días por semana  • ¿Cuántas horas al día trabajó la semana pasada, descontado las horas de colación o recreo? Horas por Día	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. Familiar no remunerado 9. FF.AA. y del Orden		
o24	o25	o26	o27	o28	o29 Horas totales	Especifique		o30
						Días	Horas	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

**MODULO TRABAJO**

Personas de 15 años y más	
<p><b>o31. Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</b></p> <p>1. Sí 2. No 9. No sabe</p> <p>→ Alternativas 2 y 3 Pasa a <b>Módulo Ingresos</b></p>	<p><b>o32. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</b></p> <p>1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones) Cotización obligatoria. 2. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones) Cotización Voluntaria. 3. Si, IPS ex-INP, (Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS). 4. Si, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA). 5. Si, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA). 6. Si, otra. Especifique 7. No está cotizando. 9. No sabe.</p>

	o31	o32	Especifique
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

y0. Presencia al inicio del Módulo Ingresos	INGRESOS DEL TRABAJO - OCUPACION PRINCIPAL-REMUNERACION MONETARIA																
	ASALARIADOS (023=3,4,5,6,7,9)																
	MES PASADO																
	<p><i>Encuestador: registre por observación.</i></p> <p>1. Presente al inicio del módulo.</p> <p>2. No está presente al inicio del módulo.</p> <p>ch2. Chequeo de situación ocupacional.</p> <p><i>Encuestador: revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo de Trabajo.</i></p> <p>• Si 023=3,4,5,6,7,9 (Asalariados)→ Pasa a y1</p> <p>• Si 023=1 (Patrón o Empleador)→ Pasa a y7</p> <p>• Si 023=2 (Trab. Cuenta Propia)→ Pasa a y7</p> <p>• Si 023=8 (Familiar No Remunerado)→ Pasa a y11</p>	<p><b>y1a. En el mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?</b></p> <p>INCLUYA los descuentos por planilla de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• préstamos y consumos en casas comerciales</li> <li>• cuotas sindicales o a clubes</li> <li>• días de licencia médica y subsidio maternal</li> <li>• ahorro previsional voluntario o ahorro voluntario.</li> </ul> <p>EXCLUYA los descuentos legales correspondientes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema previsional</li> <li>• sistema de salud</li> <li>• impuestos a las remuneraciones</li> </ul> <p>y los pagos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• horas extras</li> <li>• bonificaciones</li> <li>• gratificaciones</li> <li>• aguinaldos y otros beneficios</li> <li>• asignaciones familiares.</li> </ul>	<p><b>y2. ¿A qué jornada correspondió ese sueldo o salario del mes pasado?</b></p> <p><i>Encuestador: Anote el total de días y horas mensuales pactadas por contrato o acuerdo con su empleador. Excluya las horas extraordinarias.</i></p> <p>99 No sabe</p>	<p>Además del ingreso que recién declaró (y1a), recibió el <u>mes pasado</u> otros ingresos provenientes de su ocupación principal?</p> <p><b>y3. Me puede indicar cuanto recibió por ...?</b></p> <p>a) Horas extra b) Comisiones c) Propinas d) Asignaciones por vivienda, transporte, educación de los hijos y semejantes. e) Viáticos no sujeto a rendición. f) Otros. Especifique</p> <p><b>¿y con qué periodicidad recibe este ingreso? (P)</b></p> <p>1. Diario 2. Semanal (1 vez por semana) 3. Quincenal (cada 2 semanas) 4. Mensual (1 vez por mes) 5. Bimestral (cada 2 meses) 6. Trimestral (cada 3 meses) 7. Cuatrimestral (cada 4 meses) 8. Semestral (cada 6 meses) 9. Anual (1 vez por año) 99. No sabe</p> <p><b>Para cada tipo de ingreso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>										<p><b>y1b. y en [MES-1], ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?</b></p>	<p><b>y1c. y en [MES-2], ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?</b></p>		
y1a Mes		y2		y3.a Horas extra		y3.b Comisiones		y3.c Propinas		y3.d Asignaciones por vivienda		y3.e Viáticos no sujeto a rendición		y3.f Otros		y1b [MES-1]	y1c [MES-2]
y0		Días	Horas	Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	Monto(\$)			P	Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	Especifique	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

**MODULO INGRESOS**

**INGRESOS DEL TRABAJO - OCUPACION PRINCIPAL-REMUNERACION MONETARIA**

**ASALARIADOS (023=3,4,5,6,7,9)**

**ULTIMOS 12 MESES**

y4. Durante los últimos 12 meses, es decir, entre [MES 2010] y [MES 2011], además de los ingresos recién declarados, ¿Recibió Ud. alguno de los siguientes tipos de ingreso derivados de su ocupación principal?

Me puede indicar cuanto recibió por ...?

- a) Bonificaciones o aguinaldos y otras asignaciones especiales
- b) Gratificaciones
- c) Décimo tercer mes o meses adicionales por sobre la remuneración mensual
- d) Otros similares. Especifique.

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto **ANUAL** declarado en pesos.
- Si no tuvo Ingreso anote 0
- Si no sabe anota 999

	y4.a	y4.b	y4.c	y4.d	
	Bonificaciones o aguinaldos	Gratificaciones	Décimo tercer mes	Otros similares	
	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Especifique
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

MODULO INGRESOS

INGRESOS DEL TRABAJO - OCUPACION PRINCIPAL-REMUNERACION EN ESPECIES												
ASALARIADOS (023=3,4,5,6,7,9)											OCUPACION SECUNDARIA (028=1)	
MES PASADO												
<p>y5. En el mes pasado, ¿recibió en su trabajo principal alguno de los siguientes beneficios? Por favor, no incluya los elementos que le entregan exclusivamente para la realización de su trabajo. Sólo incluya aquellos que le entregan para su uso privado. ¿Me puede indicar, el monto estimado en pesos...?</p> <p>a) Alimentos y bebidas                      b) Vales de alimentación                      c) Vivienda o alojamiento                      d) Automóvil para uso privado                      e) Servicio de transporte                      f) Estacionamiento gratuito                      g) Teléfono                      h) Vestimenta                      i) Servicios de guardería o sala cuna                      j) Leña u otro tipo de combustible de uso doméstico                      k) Bienes o servicios producidos por el empleador                      l) Otros similares</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anote el monto <b>ESTIMADO</b> declarado en pesos.</li> <li>Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>Si no sabe anota 999</li> </ul>											<p>Ch2. Chequeo de ocupación secundaria.</p> <p><i>Encuestador: revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo de Trabajo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si 028=1 (Tiene Ocup. Secundaria) → Pasa a y6</li> <li>Si 028=2 (No tiene Ocup. secundaria) → Pasa a y11</li> </ul> <p><b>y6. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total, CONSIDERE ingresos en dinero y en especie, que Ud. recibió por otra u otros trabajos u ocupaciones además de su ocupación principal?</b></p> <p>Se incluye el total de los ingresos líquidos recibidos el mes anterior por todos los trabajos distintos al principal, contemplando ingresos en dinero y en especie. En caso de haber ingresos en especie, deben valorarse a precios de mercado, según juicio de la persona encuestada.</p> <p>→Asalariados→ Pasan a y11</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>Si no sabe anota 999</li> </ul>	
y5.a Alimentos y bebidas	y5.b Vales de alimentación	y5.c Vivienda o alojamiento	y5.d Automóvil	y5.e Servicio de transporte	y5.f Estacionamiento gratuito	y5.g Teléfono	y5.h Vestimenta	y5.i Sala cuna	y5.j Leña	y5.k Bienes o servicios	y5.l Otros	y6 Ocupación Secundaria
Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

MODULO INGRESOS

PATRÓN O EMPLEADOR (O23=1), INDEPENDIENTE O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA (O23=2)						
INGRESOS DEL TRABAJO - OCUPACION PRINCIPAL - REMUNERACIÓN MONETARIA -				REMUNERACIÓN MONETARIA	OCUPACION SECUNDARIA (O28=1)	
MES PASADO				ULTIMOS 12 MESES	MES PASADO	
<p>y7a. ¿Cuánto dinero retiró el mes pasado de su negocio o actividad para sus gastos propios o de su hogar? Incluya su propio sueldo si lo tiene.</p> <p>y8. El mes pasado, ¿cuánto retiró en productos de su negocio o actividad para consumo propio o de su hogar? Estime el monto que hubiera tenido que pagar por estos productos.</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>		<p>y7b. ¿Cuánto dinero retiró el [MES-1], de su negocio o actividad para sus gastos propios o de su hogar? Incluya su propio sueldo si lo tiene.</p> <p>y7c. ¿Cuánto dinero retiró el [MES-2], de su negocio o actividad para sus gastos propios o de su hogar? Incluya su propio sueldo si lo tiene.</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>		<p>y9. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto recibió Ud. por ganancias derivadas de la venta de productos silvoagropecuarios, mineros o pesqueros en su negocio o actividad?</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto <u>anual</u> declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>	<p>Ch3. Chequeo de ocupación secundaria.</p> <p><i>Encuestador: revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo de Trabajo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si 028=1 (Tiene Ocup. Secundaria)→ Pasa a <b>y10</b></li> <li>• Si 028=2 (No tiene Ocup. secundaria)→ Pasa a <b>y11</b></li> </ul> <p>y10. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total, considerando ingresos en dinero y en especies, que usted recibió por <u>otro u otros trabajos u ocupaciones además de su ocupación principal</u>?</p> <p><i>Se incluye el total de los ingresos líquidos recibidos el mes anterior por todos los trabajos distintos al principal, contemplando ingresos en dinero y en especie.</i></p> <p><i>En caso de haber ingresos en especie, deben valorarse a precios de mercado, según juicio de la persona encuestada.</i></p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>	
	y7a Mes	y8	y7b [MES-1]	y7c [MES-2]	y9	y10
	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**MODULO INGRESOS**

OTROS INGRESOS DE ORIGEN PRIVADO							
A TODAS LAS PERSONAS				PERSONAS DE 12 AÑOS y MÁS			
MES PASADO							
<p>y11. El mes pasado, ¿recibió ingresos por... ?</p> <p>a) Arriendo de propiedades urbanas b) Arriendo de maquinarias, animales o implementos</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>		<p>y12. El mes pasado, ¿Recibió ingresos por: ... ?</p> <p>a) Pensión de alimentos b) Dinero aportado por familiares ajenos al hogar residentes en el país c) Dinero aportado por familiares ajenos al hogar residentes fuera del país</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>			<p>y13. El mes pasado, ¿Recibió ingresos por: ... ?</p> <p>a) Remuneración por trabajos ocasionales (No incluir los ingresos declarados en y6 e y10) b) Trabajos realizados antes del mes anterior (septiembre u octubre) c) Seguro de desempleo o de cesantía</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>• Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anota 999</li> </ul>		
y11.a	y11.b	y12.a	y12.b	y12.c	y13.a	y13.b	y13.c
Arriendo urbano	Arriendo maquinarias	Pensión alimento	Aporte familiar país	Aporte familiar extrj	Trabajo ocasional	Trabajo anterior	Seguro desempleo
Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

**MODULO INGRESOS**

OTROS INGRESOS DE ORIGEN PRIVADO									
A TODAS LAS PERSONAS									
ÚLTIMOS DOCE MESES (Noviembre 2010 a Octubre 2011, para entrevistas en Noviembre, y Diciembre 2010 a Noviembre 2011, para entrevistas en Diciembre)									
<b>y14. En los últimos 12 meses, ¿Recibió ingresos por: ... ?</b> a) Intereses por depósitos b) Ganancias por ventas de acciones, fondos mutuos o dividendos por acciones o bonos financieros c) Retiro de utilidades de empresas  Para cada tipo de ingreso: • Anote el monto <u>anual</u> declarado en pesos. • Si no tuvo Ingreso anote 0 • Si no sabe anota 999			<b>y15. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: . ?</b> a) Arriendo de propiedades agrícolas (tierras e instalaciones) b) Arriendo de propiedades por temporadas (urbanas o rurales)  Para cada tipo de ingreso: • Anote el monto <u>anual</u> declarado en pesos. • Si no tuvo Ingreso anote 0 • Si no sabe anota 999		<b>y16. En los últimos 12 meses, ¿consumió productos agropecuarios producidos o recolectados por el hogar (carnes, lácteos, huevos y aves, productos de la huerta, leña, productos del mar, otros alimentos, etc.)?</b>  Estime el monto que hubiera tenido que pagar  Para cada tipo de ingreso: • Anote el monto <u>anual</u> declarado en pesos. • Si no tuvo Ingreso anote 0 • Si no sabe anota 999		<b>y17. En los últimos 12 meses, ¿Recibió ingresos por: .. ?</b> a) Indemnización por despido o renuncia b) Donaciones de instituciones o personas ajenas al hogar c) Otros ingresos  Para cada tipo de ingreso: • Anote el monto <u>anual</u> declarado en pesos. • Si no tuvo Ingreso anote 0 • Si no sabe anota 999		
y14.a	y14.b	y14.c	y15.a	y15.b	y16	y17.a	y17.b	y17.c	y17.d
Intereses	Dividendo	Retiro utilidades	Arriendo agrícola	Arriendo temporada	Autoconsumos	Despido	Donación	Devolución	Otros ingresos
Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)	Monto (\$)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

**MODULO INGRESOS**

Jefes de núcleo		SUBSIDIOS O TRANSFERENCIAS DEL ESTADO																
A TODAS LAS PERSONAS		MES PASADO																
y18. ¿Su núcleo, participa en el Programa Chile Solidario?  <i>Encuestador: Registre la Alternativa línea del jefe de núcleo.</i>  1. Sí actualmente participa 2. No, ya egreso 3. No, no participa 9. No sabe no responde	y19. El mes pasado, ¿Recibió Asignación Familiar? Indique el tramo y el número de asignaciones que recibió.  1. Tramo 1: \$7.170. (sueldo bruto hasta \$187.515) 2. Tramo 2: \$5.054. (sueldo bruto entre \$187.516 y \$307.863) 3. Tramo 3: \$1.600. (sueldo bruto entre \$307.864 y \$480.162) 4. No recibió  <i>Encuestador: Recuerde contar 1 asignación para embarazadas, 2 para inválidos y 1 para el resto.</i>	y20. A continuación quisiera preguntarle por subsidios que puede haber recibido el mes pasado alguno de los miembros de este hogar. El mes pasado, recibió alguien en este hogar? <i>Mostrar Tarjeta-y20 "Subsidios Mes Pasado". Lea las alternativas. Registre para cada tipo</i>															1. Si 2. No 9. No sabe	
		SUBSIDIO FAMILIAR			SUBSIDIO FAMILIAR DUPLO			SUBSIDIO A LA DISCAPACIDAD MENTAL			BONOS DE PROTECCIÓN FAMILIAR y DE EGRESO						SUBSIDIO DE CESANTÍA	
y18 Programa Chile Solidario		y19 Asignación Familiar		Subsidio Familiar			Familiar Duplo	Discapacidad Mental	Bonos De Protección Familiar y De Egreso					Subsidio De Cesantía			Pensión Básica Solidaria	PBS de invalidez
Tramo	N° Asignaciones	y20.a	y20.b	y20.c	y20.d	y20.e	y20.f	y20.g	y20.h	y20.i	y20.j	y20.k	y20.l	y20.m	y20.n	y20.o		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

MODULO INGRESOS

SUBSIDIOS O TRANSFERENCIAS DEL ESTADO						
A TODAS LAS PERSONAS						
MES PASADO			ULTIMOS 12 MESES			
<p>y21. El mes pasado, ¿Recibió Subsidio de Agua Potable (SAP)? ¿Me puede indicar el monto?</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>Si no sabe anota 999</li> </ul>	<p>y22. El mes pasado, ¿Recibió ingresos por Asignación Social? ¿Me puede indicar el monto?</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>Si no sabe anota 999</li> </ul>	<p>y23. En los últimos 12 meses, ¿recibió alguien en este hogar?</p> <p>a) Bono Bodas de Oro (\$125.000)</p> <p>b) Bono de Invierno (\$44.265),(No bono atención salud)</p> <p>c) Otro Subsidio del Estado</p> <p>d) Subsidio Empleo Joven.</p> <p>¿Y con qué periodicidad recibió el Subsidio Empleo Joven? (P)</p> <p>1. Mensual</p> <p>2. Anual</p> <p><i>Para cada tipo de ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anote el monto declarado en pesos.</li> <li>Si no tuvo Ingreso anote 0</li> <li>Si no sabe anota 999</li> </ul>				
y21 SAP	y22 Asignación Social	y23.a Bono Bodas de Oro	y23.b Bono de Invierno	y23.c Otro	y23.d Empleo joven	P
(Monto\$)	(Monto\$)	(Monto\$)	(Monto\$)	(Monto\$)	(Monto\$)	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**MODULO INGRESOS**

**PRESTACIONES CONTRIBUTIVAS**  
**A TODAS LAS PERSONAS**  
**MES PASADO**

**y24. El mes pasado, ¿Recibió ingresos por...?**

a) APS de Vejez  
 b) APS de Invalidez  
 c) Pensión por leyes especiales de reparación (Exonerados políticos, Ley Valech, Ley Rettig, Carbón)

**¿Me puede indicar el monto? (Monto\$)**

*Encuestador: Si el monto declarado aquí como pensión es \$78.449 o similar, confirme que este monto no corresponda al mismo declarado como PBS de Vejez o Invalidez (\$78.449) en la pregunta **y20**.*

**Para cada tipo de ingreso:**

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no tuvo Ingreso anote 0
- Si no sabe anota 999

**y25. El mes pasado, ¿recibió ingresos por: ... ?**

a) Pensión de vejez o jubilación bajo la modalidad de retiro programado  
 b) Pensión de vejez o jubilación bajo la modalidad de renta vitalicia  
 c) Pensión de invalidez  
 d) Montepío o pensión de viudez  
 e) Pensión de orfandad  
 f) Otro. Especifique

**¿Me puede indicar el monto? (Monto\$)**

*Encuestador: Confirme que este monto no corresponda al mismo declarado como PBS de Vejez o Invalidez (\$78.449) en la pregunta **y20**. Confirme que No incluye el monto APS declarado en pregunta **Y24***

**Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst.)**

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
4. Mutual / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución.

**Para cada tipo de ingreso:**

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no tuvo Ingreso anote 0
- Si no sabe anota 999

	y24.a	y24.b	y24.b	y25.a		y25.b		y25.c		y25.d		y25.e		y25.f		
	APS Vejez	APS Invalidez	Leyes Reparación	Pensión de vejez o jubilación bajo la modalidad de retiro programado		Pensión de vejez o jubilación bajo la modalidad de renta vitalicia		Pensión de invalidez		Montepío o pensión de viudez		Pensión de orfandad		Otro.		
	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Inst.	Monto(\$)	Inst.	Monto(\$)	Inst.	(Monto\$)	Inst.	Monto(\$)	Inst.	Monto(\$)	Inst.	Especifique
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

**MODULO INGRESOS**

Mujeres de 65 años y más		ACTIVOS FINANCIEROS					
		POBLACIÓN DE 18 AÑOS O MÁS					
<p><b>y26. ¿Solicitó el beneficio de Bono por Hijo Nacido Vivo o Adoptado, del Pilar Solidario del Sistema de Pensiones?</b></p> <p>1. Sí, y me lo dieron 2. Sí, y no me lo dieron 3. No, lo solicité</p>	<p><b>y27. ¿Mantiene actualmente ahorro en algunas de las siguientes formas? Indique la más importante</b></p> <p>1. En Banco en Cuenta Vista / Cuenta RUT 2. En Banco en Cuenta Corriente 3. En Banco en Cuenta de Ahorro o Depósito a Plazo 4. En el Banco en Cuenta de Ahorro para la Vivienda 5. En Administradoras de Fondos para la Vivienda 6. En Cuenta 2 AFP y/o en Ahorro Previsional Voluntario (APV) 7. En Inversiones en Fondos Mutuos, Acciones o Bonos de empresas 8. En Efectivo en moneda nacional o extranjera 9. En Otros (Joyas, especies, etc.).</p>	<p><b>y28 ¿Tiene Ud.?: Indique la más importante</b></p> <p>1. Tarjeta de débito (Redbanc) 2. Tarjeta de crédito bancario (Visa, Mastercard, etc.) 3. Tarjeta de crédito de casa comercial (Falabella, Ripley, Paris, Presto, etc.) 4. Línea de crédito</p>	<p><b>y29 En caso de necesitarlo, ¿podría Ud. acceder a alguna de las siguientes alternativas de endeudamiento? Indique la más importante</b></p> <p>1. Préstamos bancarios. 2. Créditos de cajas de compensación, cooperativas o instituciones de microcrédito. 3. Préstamos de parientes o amigos. 4. Créditos de prestamistas o fiado.</p>	<b>y26 Bono hijo</b>	<b>y27</b>	<b>y28</b>	<b>y29</b>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

	s0. Presencia durante del Módulo Salud	Personas de 0 a 6 años					Personas de 60 años o más					
		s1. ¿Cuál es el estado nutricional de [NIÑO/A]?			s3. ¿Durante cuantos meses en el último año retiró este (estos) alimento(s) del consultorio?		s5. Desde el nacimiento de [NIÑO/A] hasta ahora, ¿Dónde se ha realizado el control de niño sano?		s6. ¿Cuál es su estado nutricional?		s7. ¿En los últimos 3 meses retiró alimentos del consultorio?	s8. ¿Durante cuantos meses en el último año retiró este (estos) alimento(s) del consultorio?
	<p>Encuestador: Solicitar carnet de control en caso de que lo tenga. Registre el diagnóstico más reciente de los últimos 6 meses.</p> <p>1. Presente al inicio del módulo. 2. No está presente al inicio del módulo.</p> <p>1. Desnutrido 2. En riesgo de desnutrición 3. Normal 4. Sobrepeso 5. Obeso 9. No sabe</p> <p><b>s2. ¿En los últimos tres meses retiró alimento del consultorio?</b></p> <p>1. Sí, Leche Purita Fortificada (26%) 2. Sí, Leche Cereal 3. Sí, Mi Sopita 4. Sí, Fórmula para prematuros 5. Sí, Fórmula de continuación 6. Sí, Sustituto lácteo libre de fenilalanina 7. No retiró alimento 9. No sabe / No recuerda</p> <p>→ Alternativas 7 y 9 → Pasa a s4</p>	<p>Encuestador: Registrar el número de meses</p> <p><b>s4. Cuando estaba embarazada de [NIÑO/A], ¿Dónde se realizó los controles prenatales?</b></p> <p>1. Consultorio General (Municipal o SNSS) 2. Posta Rural (Municipal o SNSS) 3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS) 5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) 8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado 10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden 12. Mutual de Seguridad 14. Otro 99. No sabe / No recuerda</p>			<p>Encuestador: Registrar el número de meses</p> <p>1. Consultorio General (Municipal o SNSS) 2. Posta Rural (Municipal o SNSS) 3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS) 5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) 8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado 10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden 12. Mutual de Seguridad 14. Otro 99. No sabe / No recuerda</p>		<p>Encuestador: Solicitar carnet de control en caso de que lo tenga. Registre el diagnóstico más reciente de los últimos 6 meses.</p> <p>1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obeso 9. No sabe</p> <p><b>s7. ¿En los últimos 3 meses retiró alimentos del consultorio?</b></p> <p>1. Sí, Bebida Láctea Años Dorados 2. Sí, Crema Años Dorados 3. Sí, ambos alimentos 4. No retiró alimento 9. No sabe / No recuerda</p> <p>→ Alternativas 4 y 9 → Pasan a S9</p> <p><b>s8. ¿Durante cuantos meses en el último año retiró este (estos) alimento(s) del consultorio?</b></p> <p>Encuestador: Registrar el número de meses</p>					
	s0	s1	s2.a	s2.b	s2.c	s3	s4	s5	s6	s7	s8	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

MODULO SALUD

Mujeres de 12 años o más				Mujeres de 15 años o más	
<p>A continuación le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con fertilidad, maternidad y salud durante el embarazo y lactancia. Estas preguntas están dirigidas a todas las mujeres desde los 12 años. Las preguntas pueden corresponder o no a las mujeres que forman parte de su hogar. Sin embargo, para el objetivo de este estudio, es importante realizar todas estas preguntas para tener información comparable entre todos los hogares del país</p>				<p><b>s17. En los últimos tres años. ¿Se ha hecho el Papanicolau?</b></p> <p>1. Sí, durante el último año                  2. Sí, hace más de un año pero menos de 2 años                  3. Sí, hace más de 2 años pero menos de 3 años                  4. No                  9. No Sabe / No recuerda</p> <p>→ Alternativas 1, 2, 3 y 9 → Pasa a <b>s19</b></p>	
<p><b>s9. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido [Nombre] en su vida?</b></p> <p>→ Registre 0 Si no ha tenido hijos                  → Registre 99 No sabe</p> <p>→ Alternativas 0 y 99 pasan <b>s12</b>                  → Alternativas ≥ 1 pasan <b>s10</b></p>		<p><b>s13. ¿Dónde se realiza los controles prenatales?</b></p> <p>1. Consultorio General (Municipal o SNSS)                  2. Posta Rural (Municipal o SNSS)                  3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS)                  5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)                  8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado                  10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden                  12. Mutual de Seguridad                  14. Otro                  99. No sabe / No recuerda</p>		<p><b>s18. ¿Por qué no se lo ha hecho?</b></p> <p>1. No sabe dónde hacérselo                  2. Le da miedo o le disgusta                  3. Se le olvida hacérselo                  4. No cree que lo necesite                  5. No conoce ese examen                  6. No sabía que tenía que hacerse ese examen                  7. El horario del consultorio no le sirve                  8. No tiene tiempo                  9. No ha podido conseguir hora                  10. No tiene dinero                  11. No le corresponde                  12. Otra razón</p>	
<p><b>s10. ¿Qué edad tenía [Nombre] cuando nació su primer hijo?</b></p> <p>Encuestador: Registre el número de años.                  → Registre 99 No sabe</p>		<p><b>s14. Cuál es su estado nutricional?</b></p> <p>Encuestador: Solicitar carnet de control en caso de que lo tenga. Registre el diagnóstico más reciente.</p> <p>1. Bajo peso                  2. Normal                  3. Sobrepeso                  4. Obesa                  9. No sabe</p>		<p><b>s15. ¿En los últimos 3 meses retiró alimentos del consultorio?</b></p> <p>1. Sí, Leche Purita Fortificada (26%)                  2. Sí, Leche Purita Mamá                  3. Si, ambos alimentos                  4. No retiró alimento                  9. No sabe / No recuerda</p> <p>→ Alternativas 4 y 9 pasan a <b>s17</b></p>	
<p><b>s11. En el último mes ¿Estuvo con Licencia de Pre/Post Natal o con Licencia por Enfermedad de Hijo menor de 1 año?</b></p> <p>1. Sí, licencia por pre/post natal                  2. Sí, licencia por enfermedad de hijo menor de 1 año                  3. Sí, ambas licencias                  4. No, ninguna</p>		<p><b>s16. ¿Durante cuantos meses en el último año retiró este(s) alimento(s) del consultorio?</b></p> <p>Encuestador: Registrar el número de meses</p>			
<p><b>s12. ¿Se encuentra [Nombre] en este momento embarazada o amamantando?</b></p> <p>1. Sí, embarazada                  2. Sí, amamantando → Pasa a <b>s14</b>                  3. No → Pasa a <b>s17</b></p>					

	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

MODULO SALUD

Mujeres de 35 años y más		Todas las Personas											
<p><b>s19. En los últimos tres años. ¿Se ha hecho una Mamografía?</b></p> <p>1. Sí, durante el último año                  2. Sí, hace más de un año pero menos de 2 años                  3. Sí, hace más de 2 años pero menos de 3 años                  4. No                  9. No Sabe / No recuerda</p> <p>→ Alternativas 1, 2, 3 y 9 → Pasa a <b>s21</b></p> <p><b>s20. ¿Por qué no se la ha hecho?</b></p> <p>1. No sabe donde hacérsela                  2. Le da miedo o le disgusta                  3. Se le olvida hacérsela                  4. No cree que la necesite                  5. No conoce ese examen                  6. No sabía que tenía que hacerse ese examen                  7. El horario del consultorio no le sirve                  8. No tiene tiempo                  9. No ha podido conseguir hora                  10. No tiene dinero                  11. No le corresponde                  12. Otra razón</p>		<p><b>s21. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?</b></p> <p>1. Sistema Público FONASA grupo A                  2. Sistema Público FONASA grupo B                  3. Sistema Público FONASA grupo C                  4. Sistema Público FONASA grupo D                  5. Sistema Público FONASA no sabe grupo                  6. F.F.A.A. y del orden                  7. ISAPRE                  8. Ninguno (particular)                  9. Otro Sistema.                  99. No sabe</p> <p><b>s22. ¿Se encuentra Ud. cubierto por alguno de los siguientes Seguros de tipo privado...?</b></p> <p><b>s22.a. Seguro de Salud único o complementario ante riesgo de enfermedad o accidente</b></p> <p>1. Sí                  2. No                  9. No sabe/no recuerda</p> <p><b>s22.b. Seguro de Vida</b></p> <p>1. Sí                  2. No                  9. No sabe/no recuerda</p>			<p><b>S23. Usted diría que en general su salud está:</b></p> <p>Evaluar con nota de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien</p> <p>1. Muy mal                  2. Mal                  3. Menos que regular                  4. Regular                  5. Más que regular                  6. Bien                  7. Muy bien                  9. No sabe</p> <p><b>s24. En los últimos 30 días ¿ha tenido algún problema de salud?</b></p> <p>Registrar la información del problema de salud más reciente</p> <p>1. Sí, por enfermedad                  2. Sí, por accidente laboral o escolar                  3. Sí, por accidente no laboral ni escolar                  4. No                  9. No sabe / No recuerda</p> <p><b>s25. ¿Hace cuánto tuvo ese problema de salud?</b></p> <p>1. Hace 1-7 días                  2. Hace 8-30 días                  3. Hace 31-90 días</p>			<p><b>s26. ¿Tuvo alguna consulta o atención médica por esa enfermedad o accidente?</b></p> <p>1. Sí → Pasa a <b>s28</b>                  2. No                  9. No sabe/no recuerda → Pasa a <b>s29</b></p>			<p><b>s27. ¿Por qué no tuvo consulta ni atención?</b></p> <p>1. No lo consideró necesario, así que no hizo nada                  2. No lo consideró necesario y tomó remedios caseros                  3. Decidió tomar sus medicamentos habituales                  4. Prefirió consultar en una farmacia por medicamentos para su problema de salud                  5. Prefirió consultar a un especialista en medicina alternativa (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología, flores de bach, medicina oriental, etc.)                  6. Prefirió buscar atención de medicina indígena fuera del consultorio o posta                  7. Prefirió acudir a la medicina natural u homeopática                  8. Pensó en consultar pero no tuvo tiempo                  9. Pensó en consultar pero no tuvo dinero                  10. Pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención                  11. Pidió hora pero no la obtuvo                  12. Consiguió hora pero todavía no le toca                  13. Consiguió hora pero no la utilizó</p> <p>Todas → Pasan a <b>s29</b></p> <p><b>s28. En la consulta o atención médica que tuvo ante ese problema de salud, ¿le recetaron algún medicamento?</b></p> <p>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 pudo comprar ninguno                  7. No le recetaron medicamentos                  9. No sabe/no recuerda</p>		
s19	s20	s21	s22.a	s22.b	s23	s24	s25	s26	s27	s28			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

MODULO SALUD

Todas Las Personas

A continuación se le pedirá recordar las atenciones o consultas médicas que usted recibió en los últimos 3 meses ante un problema de salud, distinguiendo entre los siguientes tipos: Consulta Médica General, Consulta de Urgencia, Atención de Salud Mental, Consulta de Especialidad y Atención Dental. Por favor no considere en esta parte las visitas a centros de atención por exámenes médicos, controles de salud y hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas

(a) ¿Cuántas consultas o atenciones recibió Ud. en los últimos 3 meses?

Si s29a = 0 → Pasa a **s30a**  
 Si s30a = 0 → Pasa a **s31a**  
 Si s31a = 0 → Pasa a **s32a**  
 Si s32a = 0 → Pasa a **s33a**  
 Si s33a = 0 → Pasa a **s34a**

(b) ¿En qué establecimiento recibió la última atención?

1. Consultorio General (Municipal o SNSS)
2. Posta Rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS)
4. COSAM (Centro de Salud Mental Comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
6. Posta (Servicio de Urgencia de Hospital Público)
7. Hospital del SNSS
8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
9. Centro de Salud Mental privado
10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden
11. Servicio de Urgencia de Clínica Privada
12. Mutual de Seguridad
13. Servicio Médico de alumnos del lugar en que estudia
14. Otro
99. No sabe / No recuerda

(c) ¿Tuvo que hacer algún pago por la última atención?

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D
3. Sí, parcial con bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
4. Sí, parcial con bonos, reembolso o pago de deducible de ISAPRE
5. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
6. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS
7. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
8. No, gratuito por cobertura AUGE-GES
9. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
10. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
11. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
12. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
13. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
14. Otra forma
99. No sabe/no recuerda

s29. Ahora le voy a preguntar por Consulta Médica General

s30. Ahora le voy a preguntar sobre Consultas de Urgencia:

s31. Ahora le voy a preguntar por Consultas de Salud Mental:

s32. Ahora le voy a preguntar por Consulta de Especialidad:

s33. Ahora le voy a preguntar por Consultas Dentales:

	s29a	s29b	s29c	s30a	s30b	s30c	s31a	s31b	s31c	s32a	s32b	s32c	s33a	s33b	s33c
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

A continuación se le pedirá recordar los exámenes médicos que usted se realizó en los últimos 3 meses, distinguiendo entre los siguientes tipos: Exámenes de Laboratorio y Exámenes de Rayos X o Radiografías. Por favor no considere en esta parte ningún otro tipo de examen distinto a los dos anteriores.

(a) ¿Cuántos exámenes se realizó Ud. en los últimos 3 meses?

Si s34a = 0 → Pasa a s35a  
Si s35a = 0 → Pasa a s36a

(b) ¿En qué establecimiento le pidieron que se realizara su último examen?

1. Consultorio General (Municipal o SNSS)
2. Posta Rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS)
4. COSAM (Centro de Salud Mental Comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
6. Posta (Servicio de Urgencia de Hospital Público)
7. Hospital del SNSS
8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
9. Centro de Salud Mental privado
10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden
11. Servicio de Urgencia de Clínica Privada
12. Mutual de Seguridad
13. Servicio Médico de alumnos del lugar en que estudia
14. Otro
99. No sabe / No recuerda

(c) ¿En qué establecimiento le realizaron su último examen?

1. Consultorio General (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS)
6. Posta (Servicio de Urgencia de Hospital Público)
7. Hospital del SNSS
8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden
11. Servicio de Urgencia de Clínica Privada
12. Mutual de Seguridad
14. Otro
99. No sabe / No recuerda

(d) ¿Tuvo que hacer algún pago por la el último examen?

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D
3. Sí, parcial con bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
4. Sí, parcial con bonos, reembolso o pago de deducible de ISAPRE
5. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
6. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS
7. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
8. No, gratuito por cobertura AUGE-GES
9. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
10. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
11. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
12. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
13. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
14. Otra forma
99. No sabe/no recuerda

s34. Ahora le voy a preguntar por Exámenes de Laboratorio:

s35. Ahora le voy a preguntar por Rayos X o Ecografías:

	s34a	s34b	s34c	s34d	s35a	s35b	s35c	s35d
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

MODULO SALUD

Todas las Personas

A continuación se le pedirá recordar los controles médicos a los que usted asistió en los últimos tres meses. Por favor no considere en esta parte las visitas al médico por exámenes de salud ni las atenciones o consultas de salud ya reportadas anteriormente

Finalmente le voy a preguntar por Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas

(a) ¿Cuántos controles de salud se realizó Ud. en los últimos 3 meses?

Si s36a = 0 → Pasa a s37a

(b) ¿Qué tipo de control fue el último que se realizó?

1. Control del niño sano
2. Control de embarazo
3. Control de enfermedades crónicas
4. Control ginecológico
5. Control preventivo del adulto o adulto mayor
6. Control del adolescente
7. Control dental
8. Otro control
9. No sabe/No recuerda

(c) ¿En qué establecimiento se realizó el último control?

1. Consultorio General (Municipal o SNSS)
2. Posta Rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de Especialidades del SNSS)
4. COSAM (Centro de Salud Mental Comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
8. Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
9. Centro de Salud Mental privado
10. Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden
12. Mutual de Seguridad
14. Otro
99. No sabe / No recuerda

(d) ¿Tuvo que hacer algún pago por el último control?

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D
3. Sí, parcial con bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
4. Sí, parcial con bonos, reembolso o pago de deducible de ISAPRE
5. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
6. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS
7. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
8. No, gratuito por cobertura AUGE-GES (sólo FONASA grupos C y D)
9. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
10. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
11. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
12. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
13. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
14. Otra forma
99. No sabe/no recuerda

(a) En los últimos 12 meses, Ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica?

1. Sí, por intervención quirúrgica
2. Sí, por enfermedad que sólo requirió tratamiento médico
3. Sí, por embarazo
4. Sí, por parto normal o inducido
5. Sí, por cesárea
6. Sí, por accidente que requirió intervención quirúrgica
7. Sí, por accidente que sólo requirió tratamiento médico
8. No → Pasa a s38
9. No sabe/no recuerda → Pasa a s38

(b) ¿Cuántos días estuvo hospitalizado por ese problema o condición de salud?

Encuestador: Para intervención quirúrgica ambulatoria registre 1 día

(c) ¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica por ese problema o condición de salud?

1. Hospital público del SNSS
2. Clínica u hospital privado
3. Clínica o centro hospitalario de las FF.AA o del Orden
4. Clínica o centro hospitalario de una Mutual de Seguridad
5. Otro
9. No sabe/No recuerda

(d) ¿Tuvo que hacer algún pago por la hospitalización (o intervención quirúrgica)?

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
3. Sí, parcial a través de programa médico o bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
4. Sí, parcial a través de bono PAD Parto (sólo FONASA grupos B, C o D)
5. Sí, parcial a través de PAD por enfermedad que requiere hospitalización (sólo FONASA grupos B, C o D)
6. Sí, parcial a través de programa médico o bonos o pago de deducible de ISAPRE
7. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS
9. No, gratuito por cobertura AUGE-GES
10. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
11. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
12. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
13. Otra forma
99. No sabe/no recuerda

s36. Controles de Salud

s37. Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas

	s36a	s36b	s36c	s36d	s37a	s37b	s37c	s37d
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

MODULO SALUD

PROGRAMA AUGE-GES			Todas las personas			Personas de 6 años o más							Personas de 15 años o más																
<b>s38. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?</b>  <i>Encuestador: Registre la más importante</i>  1. Hipertensión arterial 2. Infección respiratoria aguda 3. Urgencia odontológica 4. Diabetes 5. Depresión 6. Vicio refracción 7. Salud Oral Integral 8. Infarto agudo al miocardio 9. Cataratas 10. Prótesis o ayudas técnicas (Ortesis) 11. Neumonía 12. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 13. Leucemia 14. Asma bronquial moderada o grave 15. Cáncer gástrico 16. Cáncer Cerviño uterino 17. Cáncer de mama 18. Cáncer de testículo 19. Cáncer de próstata 20. Colectomía preventiva 21. Insuficiencia renal crónica Terminal 22. Accidente cerebral isquémico 23. Pérdida de audición (hipoacusia) bilateral con necesidad de audífono 24. No ha estado en tratamiento por ninguna de las enfermedades anteriores 99. No sabe/no recuerda  → Alternativas 24, 99 pasan <b>s41</b>	<b>S39. ¿El tratamiento de esta enfermedad fue cubierto por el sistema AUGE o GES?</b>  1.Sí→ <i>Pasa a s41</i> 2.No 9.No sabe/no recuerda → <i>Pasa a s41</i>  <b>s40. ¿Por qué el tratamiento de esta enfermedad no fue cubierto por el sistema AUGE o GES?</b>  1. Prefirió elegir otro médico o establecimiento, o seguir con su médico de siempre 2. Decidió no esperar para acceder a la consulta a través del AUGE o GES, para solucionar su problema con mayor rapidez 3. Pensó que la atención AUGE podría ser de baja calidad 4. Su plan de salud cubría su necesidad mejor que el AUGE o GES 5. El trámite para acceder al AUGE o GES es muy difícil 6. El AUGE o GES no cubría las necesidades de la enfermedad 7. No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE 8. No pertenezco al tramo de edad que está cubierto por el AUGE 9. Su médico le recomendó no atenderse por el AUGE 10. Otra razón	<b>s41. ¿Tiene Ud. alguna de las siguientes condiciones de larga duración?</b>  1. Ceguera o dificultad para ver aún usando lentes 2. Sordera o dificultad auditiva aún usando audífonos 3. Mudez o dificultad en el habla 4. Dificultad física y/o movilidad 5. Dificultad mental o intelectual 6. Dificultad psíquica o psiquiátrica 7. No tiene ninguna de estas condiciones de larga duración  Registre hasta 3 <u>dificultades</u>  <b>s42. El origen de esta condición es...?</b>  <i>Encuestador: Registre el origen para cada una de las condiciones declaradas en s41.</i>  1. De nacimiento 2. Por enfermedad 3. Por accidente 4. Otra			<b>s43. ¿Puede Ud.?:</b>  a) Bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)? b) Moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa? c) Controlar completamente su esfínter? d) Realizar sus tareas del hogar?  1. Sí 2. No  <b>s44. ¿Puede Ud.?:</b>  a) Concentrarse y recordar cosas? b) Aprender nuevas tareas? c) Establecer y mantener relaciones personales y familiares? d) Relacionarse con personas que no conoce? e) Desempeñarse en sus estudios u oficios/actividad productiva f) Participar de alguna actividad recreativa y/o de participación social de acuerdo a su edad? g) Desplazarse o moverse debido a obstáculos físicos del entorno?  1. Sí 2. No 9. No Sabe/No Responde							<b>s45. ¿Puede Ud.?:</b>  a) Salir solo a la calle sin ayuda o compañía?  b) Hacer compras o ir al médico solo sin ayuda o compañía?  1. Sí 2. No																	
					s41. Condición			s42. Origen			s43				s44														
		s38			s39			s40			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	s43.a	s43.b	s43.c	s43.d	s44.a	s44.b	s44.c	s44.d	s44.e	s44.f	s44.g	s45.a	s45.b
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

	Todas las personas			Personas de 5 años y más		
	r0	r1	r1 País	r2	r2 Comuna	r2 País
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**r0. Presencia durante el Módulo residentes**

*Encuestador: registre por observación.*

- 1. Presente al inicio del módulo.
- 2. No está presente al inicio del módulo.

**Todas las personas**

**r1. Cuando [NOMBRE] nació, ¿en qué comuna o lugar vivía su madre?**

- 1. En esta comuna
- 2. En otra comuna. ¿Cuál comuna?
- 3. En otro país. ¿Cuál país?

**Personas de 5 años y más**

**r2. ¿En qué comuna o lugar vivía [NOMBRE] en [MES2006]?**

*Encuestador: No se aplica a niños nacidos después de [MES2006]*

- 1. En esta comuna
- 2. En otra comuna. ¿Cuál comuna?
- 3. En otro país. ¿Cuál país?

**MODULO RESIDENTES**

Jefes de núcleo y cónyuge		Todas las personas				Personas de 12 y más años						
<b>r3. ¿Con quién vivió [NOMBRE] la mayor parte del tiempo antes de cumplir 15 años?</b>  <i>Encuestador: Lea las alternativas</i>  1. Solo su padre 2. Solo su madre 3. Ambos padres 4. Su padre con pareja 5. Su madre con pareja 6. Ninguno de sus padres  <b>r4 ¿Con cuántas personas vivió [NOMBRE] la mayor parte del tiempo antes de cumplir 15 años?</b>  <i>Encuestador: registre el número total de personas sin incluir al entrevistado</i>	<b>¿Cuál fue el máximo nivel educacional alcanzado por:</b>  <b>r5.a su madre?, en cuanto a curso y tipo</b>  <b>r5.b Su padre? en cuanto a curso y tipo</b>  1. Educación Parvularia 2. Preparatoria 3. Educación Básica 4. Humanidades (Sistema Antiguo) 5. Educación Media Científico-Humanística 6. Técnica Comercial, Industrial o Normalista 7. Educación Media Técnica Profesional 8. Centro de Formación Técnica (CFT) 9. Instituto Profesional 10. Universitario 11. Ninguno 99 No sabe/ No recuerda				<b>r6. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos?</b>  1. Aymara 2. rapa-nui (Pascuenses) 3. Quechua 4. Mapuche 5. Atacameño (Linkán Antai) 6. Coya 7. Kawésqar (Alacalufes) 8. Yagán (Yámana) 9. Diaguita 10. No pertenece a ningún pueblo indígena → <i>Pasa a r9</i>  <b>r7. ¿Habla o entiende algunas de las siguientes lenguas: Aymara, rapa-Nui, Quechua, Mapudungun, Kewesqar o Yagán?</b>  1. Habla y entiende 2. Solo entiende 3. No habla ni entiende → <i>Pasa a r9</i>  <b>r8. ¿Cuál?</b>  1. Aymara 2. rapa-nui 3. Quechua 4. Mapudungun 5. Kawésqar 6. Yagán				<b>r9. ¿Participa actualmente en alguna organización o grupos organizados?</b>  1. Organización de vecinos (Junta de vecinos, Unión Comunal) 2. Club deportivo recreativo 3. Centro de alumnos, Centro de padres y apoderados 4. Organización voluntariado o beneficencia 5. Colegio profesional /Asociación gremial 6. Sindicato 7. Partidos políticos 8. Asociación productiva (de microempresarios, agrícola, de pescadores) 9. Asociación o comunidad indígena 10. Asociación de personas con discapacidad 11. Organización de adultos mayores 12. Organización juvenil 13. Grupo religioso (mov. pastorales, grupo de iglesia) 14. Centro de madres, talleres de mujeres, grupo de mujeres 15. Agrupación cultural o creación artística 16. No participa			
			r5.a Madre		r5.b Padre							
r3	r4	Curso	Tipo	Curso	Tipo	r6	r7	r8	r9.a			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

MODULO RESIDENTES

Jefes de Núcleo

**r11. ¿Tiene vehículos, en uso y en funcionamiento?**

- a. ¿Cuántos vehículos de uso particular?
- b. ¿Cuántos vehículos de uso laboral?

(Anote 0 cuando No tiene de algún tipo)

Si ambos son "0" pase a r13

**r12. Aparte del seguro automotriz obligatorio, ¿Tiene contratado otro seguro para su(s) vehículo(s) de uso particular?**

- 1. Si
- 2. No

**r13. Su núcleo, ¿tiene en uso y funcionamiento...?**

- a) Lavadora automática
- b) refrigerador
- c) Calefont
- d) Teléfono fijo
- e) Televisión pagada (TV Cable/ TV Satelital/Digital)
- f) Computador (PC, netbook, laptop)

- 1. Si
- 2. No

**r14. Su núcleo, ¿tiene conexión a Internet?**

- a) Sí, Banda ancha fija contratada
- b) Sí, Banda ancha fija prepago
- c) Sí, Banda ancha móvil (Modem USB), contratado
- d) Sí, Banda ancha móvil (Modem USB), prepago
- e) Sí, teléfono móvil con internet (Smartphone)

Encuestador: No marque si se declara algún tipo conexión gratuita, por ejemplo WIFI.

Encuestador: Registre para cada tipo 1 Si  
2 No

→ Si tiene algún tipo de conexión → Pasa a r16

→ Si no tiene conexión → Pasa r15

**r15. ¿Por qué no tiene conexión a Internet?**

- 1. Por seguridad, evitar acoso a los niños
- 2. Por privacidad, evitar uso de información personal
- 3. Ningún miembro del hogar sabría utilizarla
- 4. No existe servicio donde vive
- 5. No le interesa
- 6. Es demasiado caro

	Vehículo Laboral	Vehículo Particular	Seguro Automotriz	Lavadora	refrigerador	Calefont	Teléfono fijo	Cable	Computador	Si, Banda ancha fija contratada	Si, Banda ancha fija prepago	Si, Banda ancha móvil (Modem, USB), contratado	Si, Banda ancha móvil (Modem, USB), prepago	Si, teléfono móvil con internet (Smartphone)	r15
	r11.a	r11.b	r12	r13.a	r13.b	r13.c	r13.d	r13.e	r13.f	r14.a	r14.b	r14.c	r14.d	r14.e	r15
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															





**v19. ¿Cuál es el sistema de distribución del agua en la vivienda?**

1. Con llave dentro de la vivienda
2. Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
3. No tiene sistema, la acarrea → **Pasa a v21**

---

**v20. ¿Cuánto fue el gasto en consumo de agua potable de su hogar el último mes?** \$

*Encuestador: Debe solicitar la cuenta de agua potable y registre el monto asociado al último mes.*

---

**v21. La vivienda donde Ud. vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?**

1. Sí, con W.C. conectado al alcantarillado
2. Sí, con W.C. conectado a fosa séptica
3. Sí, con letrina sanitaria conectada a pozo negro
4. Sí, con cajón sobre pozo negro
5. Sí, con cajón sobre acequia o canal
6. Sí, con cajón conectado a otro sistema
7. Sí, baño químico dentro del sitio
8. No dispone de sistema

---

**v22. La vivienda donde Ud. vive, ¿dispone de energía eléctrica?**

1. Sí, de la red pública con medidor propio
2. Sí, de la red pública con medidor compartido
3. Sí, de la red pública sin medidor
4. Sí, de un generador propio o comunitario
5. Sí, a través de placa solar
6. Sí, de otra fuente. Especifique: \_\_\_\_\_
7. No dispone de energía eléctrica

→ Alternativas 3 a 7 → **Pasan a v24**

---

**v23. ¿Cuánto fue el gasto en consumo eléctrico de su hogar el último mes?** \$

*Encuestador: Debe solicitar la cuenta de luz y registre el monto asociado al último mes.*

---

**v24. Durante los últimos dos años [MES2010]-[MES2011]. ¿Ha realizado mejoras o transformaciones en la vivienda?**

*Encuestador: Registre solo la mejora/transformación más importante.*

1. Sí, reparaciones de muros, techo o piso
2. Sí, urbanización del sitio, conexión a servicios domiciliarios (agua potable, alcantarillado, energía eléctrica)
3. Sí, tabiques interiores, forro interior
4. Sí, ampliaciones en la vivienda o construcción de piezas
5. No, no ha hecho nada → **Pasa a v27**

---

**v25. ¿Esta mejora o transformación fue hecha debido a problemas generados o agravados por el terremoto de Febrero del 2010?**

1. Sí
2. No
3. No sabe

**v26. ¿Cómo financió esa transformación?**

*Encuestador: Refiérase solo la mejora/transformación más importante*

1. Recursos propios (autoconstrucción, ahorro)
2. Crédito con instituciones financieras
3. Subsidio estatal
4. Otro

---

**v27. ¿Cuántas piezas de cada tipo tiene la vivienda?**

*Encuestador: Registre el número de piezas de cada tipo en la vivienda.*

Dormitorios (uso exclusivo para dormir)	<input type="text"/>
Estar-comer (uso exclusivo)	<input type="text"/>
Cocina (uso exclusivo)	<input type="text"/>
Baño (uso exclusivo)	<input type="text"/>
Otras piezas de uso múltiple	<input type="text"/>

---

**ch1. Número de hogares en la vivienda.**

- Si hay 1 solo hogar → **Pase a v32**
- Si hay 2 o más hogares → **Pase a v28**

*Encuestador: verifique el número de hogares registrados en el Modulo de Registro.*

---

**v28. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupan su hogar en esta vivienda?**

*Encuestador: Registre el número de piezas de cada tipo en la vivienda.*

Dormitorios (uso exclusivo para dormir)	<input type="text"/>
Estar-comer (uso exclusivo)	<input type="text"/>
Cocina (uso exclusivo)	<input type="text"/>
Baño (uso exclusivo)	<input type="text"/>
Otras piezas de uso múltiple	<input type="text"/>

---

**v29. ¿Cuál es la principal razón para compartir esta vivienda con otro hogar?**

1. Cuidar niños, enfermos, ancianos o personas con discapacidad
2. Razones económicas
3. Razones de estudio
4. Razones laborales
5. Por emergencia
6. Prefiere vivir así o se siente cómodo
7. Costumbre o tradición familiar
8. Otra, especifique: \_\_\_\_\_
- 88.No aplica

---

**v30. ¿Está haciendo algo para vivir en una vivienda exclusiva para su hogar?**

1. Sí, está postulando o postuló a un subsidio
2. Sí, está participando en un comité, inscrito en la municipalidad o entidad de gestión (EGIS)
3. Sí, está ahorrando o solicitó crédito para comprar una vivienda
4. Sí, está buscando una vivienda para arrendar
5. Sí, otra cosa

6. No, no está haciendo nada

---

**v31. ¿Su hogar es el principal de la vivienda?**

1. Sí
2. No

---

**v32. ¿Algún miembro de este Hogar es propietario de otra vivienda?**

1. Sí, jefe de hogar o pareja
2. Sí, hijo/a
3. Sí, otra persona del Hogar
4. No, nadie es propietario de otra vivienda

*Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.*

---

**v33. ¿Cuál es el material que predomina en los muros exteriores de la vivienda?**

1. Hormigón armado
2. Albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo)
3. Tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro)
4. Tabique sin forro interior (madera u otro)
5. Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional
6. Materiales precarios o de desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc)

*Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.*

---

**v34. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación de los muros?**

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

*Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.*

---

**v35. ¿Cuál es el material que predomina en el piso de la vivienda?**

1. Parquet, madera, piso flotante o similar
2. Cerámico, flexit o similar
3. Alfombra o cubrepiso
4. Baldosa de cemento
5. Radier
6. Enchapado de cemento
7. Tierra

*Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.*

---

**v36. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación del piso de la vivienda?**

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.

**v37. ¿Cuál es el material que predomina en el techo de la vivienda?**

1. Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica)
2. Losa hormigón
3. Planchas metálicas (zinc, cobre, etc.) o fibrocemento (pizarreño)
4. Fonolita o plancha de fieltro embreado
5. Paja, coirón, totora o caña
6. Materiales precarios o de desecho
7. Sin cubierta en el techo

Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.

**v38. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación del techo de la vivienda?**

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.

**v39. ¿Su vivienda tiene cielo interior?**

1. Sí
2. No
9. No sabe

Encuestador: Registre por observación. Sólo pregunte si no está dentro de la vivienda.

**v40. ¿Cómo describiría el tipo de vivienda donde usted vive?**

1. Casa aislada (no pareada)
2. Casa pareada por un lado
3. Casa pareada por ambos lados
4. Departamento en edificio con ascensor
5. Departamento en edificio sin ascensor
6. Pieza en casa antigua o conventillo
7. Mediagua o mejora
8. Rancho, Chozo o Ruca
9. Vivienda precaria de materiales reutilizados (latas, plásticos, cartones, etc.)
10. Móvil (carpa, casa rodante o similar)
11. Otro tipo