

Encuesta CASEN 2017



Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales

Nº SERIE:

Región	Comuna	Zona	Segmento	Vivienda	Hogar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Entrevistado (Familia con dos apellidos en caso de zonas rurales)

Dirección (calle, nº, depto. o casa si corresponde)

(Villa / Población) o (Localidad / Entidad)

Celular

Teléfono

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Urbano | 1. <input type="checkbox"/> Casa |
| 2. <input type="checkbox"/> RAU | 2. <input type="checkbox"/> Departamento |
| 3. <input type="checkbox"/> Rural | |

Comuna

Observaciones en la dirección

Garantía de Confidencialidad

El Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile adhiere a lo establecido en la ley Orgánica N° 17.374 del Ministerio de Economía que, en el Artículo 29, determina lo siguiente: "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 personas o entidades determinadas de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el "SECRETO ESTADISTICO". Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto por el artículo 247 del Código Penal".

MODELO DE CARACTERES

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	ñ	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																	

Dirección (calle, nº, depto. o casa si corresponde)

Las Camelias 1484 Casa 62

TABLA N°1 CÓDIGOS DE DISPOSICIÓN FINAL PARA ENCUESTAS EN HOGARES

1. Entrevistado, elegible

110. Entrevista completa

120. Entrevista parcial

2. No entrevistado, elegible

211. Se rechazó la entrevista

212. Se interrumpió la entrevista

223. Se impidió acceso a la vivienda

224. Vivienda ocupada sin moradores presentes

225. Informante no ubicable o no puede atender

231. Muerte del informante

232. Informante impedido físico/mental para contestar

233. Problemas de idioma

236. Otra razón elegible

3. No entrevistado, elegibilidad desconocida

311. No se envió a terreno

317. Área peligrosa o de difícil acceso

318. No fue posible localizar la dirección

390. Otra razón de elegibilidad desconocida

4. No elegible

410. Fuera de muestra

451. Empresa, oficina de gobierno u otra organización

452. Instituciones (hospital, cárcel, asilo de ancianos, etc.)

453. Dormitorio colectivo (militar, de trabajo, internado, etc.)

454. Vivienda en demolición, incendiada, destruida o erradicada

461. Vivienda particular desocupada

462. Vivienda de veraneo o de uso temporal

463. Otra razón no elegible

TABLA N°2 CARACTERIZACIÓN DEL RECHAZO PARA ENCUESTAS EN HOGARES

Código	Descripción
1.	No tiene tiempo
2.	No está interesado o es una pérdida de tiempo
3.	Por su privacidad no quiere entregar información personal ni familiar
4.	Por su seguridad no quiere entregar información personal ni familiar
5.	Nunca responde encuestas
6.	Está aburrido de contestar encuestas
7.	No confía en las encuestas
8.	Ha tenido malas experiencias por responder encuestas
9.	La familia o pareja le prohíbe contestar encuestas
10.	No tiene beneficios por contestar la encuesta

Encuesta CASEN 2017

Nº SERIE:

Región	Comuna	Zona	Segmento	Vivienda	Hogar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Visita	Fecha	Hora	Disposición	Rechazo	Iniciales Encuestador	Cód_Enc
1ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8ª	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2017	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hora Inicio Entrevista

 :

Hora Término Entrevista

 :

Encuestador(a)	<input type="text"/>
Coordinador(a) de Grupo	<input type="text"/>

Uso exclusivo Coordinador(a) de Grupo

Total de Hogares en la Vivienda <input type="text"/>	Nº Serie Hogar 1	<input type="text"/>	Nº Serie Hogar 6	<input type="text"/>
	Nº Serie Hogar 2	<input type="text"/>	Nº Serie Hogar 7	<input type="text"/>
	Nº Serie Hogar 3	<input type="text"/>	Nº Serie Hogar 8	<input type="text"/>
	Nº Serie Hogar 4	<input type="text"/>	Nº Serie Hogar 9	<input type="text"/>
	Nº Serie Hogar 5	<input type="text"/>	Nº Serie Hogar 10	<input type="text"/>

Reservado Supervisión

	1. Si	2. No		Códigos
Encuesta completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encuestador (a)	<input type="text"/>
Flujo lógico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supervisor (a)	<input type="text"/>
Letra legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codificador (a)	<input type="text"/>
Entrevistado idóneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Digitador (a)	<input type="text"/>

Observaciones

Hora de inicio: :

MÓDULO H: Registro de residentes

Todas las personas

Por favor, ¿podría indicarme los nombres de las personas que viven habitualmente en este hogar?

- **Empiece por el Jefe o Jefa de Hogar**
- *Escriba el nombre de pila de todas las personas del hogar*
- *Incluya a todos los miembros del hogar*
- *No se olvide de incluir a las guaguas, a los niños pequeños y los adultos mayores que pertenezcan al hogar*
- *No se olvide de quienes residen transitoriamente fuera del hogar ya sea por estudio, trabajo, negocio, enfermedad, vacaciones u otra razón, siempre que los periodos de ausencia no superen los 6 meses (con excepción del jefe(a) de hogar y de los niños menores de 6 meses).*

Presencia en la entrevista

Personas de 12 años o más

1. Contesta
2. Presente pero no contesta
3. No está presente

Entonces, ¿son las personas que viven habitualmente en este hogar?

1. Sí
2. No. → *Corrija la lista de personas*

h1. ¿Qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe(a) de este hogar?

1. Jefe(a) de Hogar
2. Esposo(a) o pareja de distinto sexo
3. Esposo(a) o pareja de igual sexo
4. Hijo(a) de ambos
5. Hijo(a) sólo del jefe(a)
6. Hijo(a) sólo del esposo(a)/pareja
7. Padre o madre
8. Suegro(a)
9. Yerno o nuera
10. Nieto(a)
11. Hermano(a)
12. Cuñado(a)
13. Otro Familiar
14. No familiar
15. Servicio Doméstico puertas adentro

h2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?

1. Hombre
2. Mujer

h3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?

Anote la edad en años cumplidos.

Anote "0" en caso de niños menores de 1 año

Si no hay personas de 0 a 18 años → **Pasa a h5**

h4. ¿Me puede indicar el mes y el año de nacimiento de las personas de 0 a 18 años?

h5. ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?

Lea alternativas

1. Casado(a)
2. Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil
3. Conviviente civil (con acuerdo de unión civil)
4. Anulado(a)
5. Separado(a)
6. Divorciado (a)
7. Viudo(a)
8. Soltero(a)

h6. En este estudio es importante conocer las relaciones que tienen las personas al interior del hogar. Me puede indicar, ¿qué personas aquí conforman parejas, ya sea legales o de hecho?

Identifique las parejas utilizando un número correlativo de 1 a n

Si no hay parejas, anote "0"

h7. Me puede indicar, ¿qué personas aquí son hijos o dependen de otros?

1º *Asigne el número "0" al servicio doméstico y a sus dependientes.*

2º *Copie los números con los que identificó cada pareja en las columnas anteriores frente a cada miembro de la pareja.*

3º *Partiendo de los miembros de menor edad, identifique de quién es hijo o depende cada integrante que no forma parte de una pareja.*

4º *Asigne a esta persona el mismo número de la pareja de la cual es hijo o depende.*

5º *Si hay personas que no son hijos o no dependen de otros, asigne un nuevo número correlativo.*

6º *Y así sucesivamente hasta que todos los miembros queden identificados.*

h8.a. ¿Quién es el jefe(a) de este núcleo?

1. Jefe(a) de Núcleo

h8.b. ¿Y qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe(a) de este núcleo [NOMBRE JEFE(A) DE NÚCLEO]?

2. Esposo(a) o pareja de distinto sexo
3. Esposo(a) o pareja de igual sexo
4. Hijo(a) de ambos
5. Hijo(a) sólo de jefe(a)
6. Hijo(a) sólo de esposo(a) / pareja
13. Otro familiar
14. No familiar

En los siguientes módulos, se requiere identificar al Jefe(a) del Hogar, los Jefes(as) de Núcleo y sus Cónyuges, para tener esa información a la vista, registre en la lengüeta en columna "Marca Jefe Núcleo"

"j": a cada jefe(a) de núcleo.

"c": a cónyuge/pareja, cuando exista.

Total Parejas

Total Núcleos

h4. Fecha de nacimiento

h6 Parejas

ORDEN EN HOGAR

ORDEN EN HOGAR	P	Nombre de pila	Marca Jefe Núcleo	Parentesco con Jefe de Hogar	Sexo	Edad	h4. Fecha de nacimiento		h5	h6 Parejas		h7 N° de Núcleo	h8 Parentesco con Jefe Núcleo
							Mes	Año		Legal	Hecho		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Todas las personas	Personas de 5 años o más					
--------------------	--------------------------	--	--	--	--	--


h9. Durante los últimos 6 meses, ¿qué persona fue la que más aportó al presupuesto del hogar?

1. Es miembro del hogar
2. No es miembro del hogar. Especifique

h9.2. Especifique

☞ Si es miembro del hogar, marcar con X la persona que más aportó al presupuesto del hogar.
 ☞ Si el aporte mayor al presupuesto es realizado por más de un integrante, marcar las personas que corresponda.

h10. Las siguientes preguntas indagan sobre dificultades que las personas de este hogar podrían tener para realizar ciertas actividades debido a su estado de salud

MOSTRAR TARJETA h10  "Nivel de Dificultad"

- ¿Tiene dificultad para ver incluso si lleva lentes?
- ¿Tiene dificultad para oír incluso si utiliza un audífono?
- ¿Tiene dificultad para caminar o para subir escaleras?
- ¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?
- ¿Tiene dificultad en su cuidado personal como para asearse o vestirse?
- ¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros?

1. No, sin dificultad
2. Sí, algo de dificultad
3. Sí, mucha dificultad
4. No puede hacerlo

h9	h10. a	h10. b	h10. c	h10. d	h10. e	h10. f	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO E: Educación

Personas de 15 años o más	Todas las personas	Personas de 0 a 6 años y No asisten (e3=2)
<p>e1. ¿Sabe leer y escribir?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, lee y escribe No, sólo lee No, sólo escribe No, ninguno <p>e2. Actualmente, ¿se encuentra participando en algún programa de nivelación de estudios dirigido a personas que no completaron la enseñanza básica o media?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, a la modalidad regular Sí, a la modalidad flexible No → Pasa a e3 <p>Códigos 1 y 2 → Pasa a e6.a</p>	<p>e3. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa no convencional de Educación Parvularia?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí → Pasa a e6.a No <p>→ Pasa a e4 si tiene 0 a 6 años</p> <p>→ Pasa a e5.a si tiene 7 a 30 años</p> <p>→ Pasa a e6.a si tiene 31 años y más</p>	<p>e4. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a un jardín infantil, sala cuna, programa no convencional de educación parvularia o algún establecimiento educacional?</p> <p><i>Razones personales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa No me parece necesario que asista a esta edad Desconfío del cuidado que recibiría Se enfermaría mucho Dada su discapacidad, prefiero que no asista <p><i>Razones económicas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Dificultad económica No fue priorizado por el establecimiento <p><i>Razones de acceso a establecimiento educacional</i></p> <ol style="list-style-type: none"> No hay matrícula (vacantes) No lo aceptan Dada su discapacidad, el establecimiento educacional no lo acepta o no ofrecen las condiciones adecuadas No existe establecimiento cercano Dificultad de acceso o movilización Otra razón. <u>Especifique</u>

	e1	e2	e3	e4	e4. Especifique
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Personas de 7 a 30 años y No asisten (e3=2)	Todas las personas
<p>e5.a. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a un establecimiento educacional?</p> <p><i>Razones personales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda en la casa o quehaceres del hogar 2. Embarazo, maternidad o paternidad 3. Tiene una discapacidad o requiere un establecimiento de educación especial 4. Enfermedad que lo inhabilita 5. Problemas familiares 6. No le interesa 7. Terminó de estudiar 8. A su edad no le sirve estudiar o no conoce la manera de completar sus estudios 9. Está asistiendo a un preuniversitario 10. Se encuentra preparando la PSU por su cuenta <p><i>Razones económicas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Dificultad económica 12. Trabaja o busca trabajo <p><i>Razones de rendimiento</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Problemas de rendimiento 14. Expulsión o cancelación de matrícula <p><i>Razones de acceso a establecimiento educacional</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 15. No existe establecimiento cercano 16. Dificultad de acceso o movilización 17. Otra razón. <u>Especifique</u> <p>e5.b. ¿Cuándo fue la última vez que asistió a algún establecimiento educacional?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Año 2017 2. El año pasado (2016) 3. Hace dos años (2015) 4. Hace tres años o más (2014 o antes) 5. Nunca ha asistido 	<p>e6.a. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?</p> <p><i>Lea alternativas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca asistió → pasan a e0 2. Sala cuna 3. Jardín Infantil (Medio menor y Medio mayor) 4. Prekinder / Kinder (Transición Menor y Transición Mayor) 5. Educación Especial (Diferencial) 6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo) 7. Educación Básica 8. Humanidades (Sistema Antigo) 9. Educación Media Científico-Humanista 10. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo) 11. Educación Media Técnica Profesional 12. Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años) 13. Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años) 14. Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años) 15. Profesional Completo (Carreras 4 o más años) 16. Postgrado Incompleto 17. Postgrado Completo <p>e6.b. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó (para los que no están estudiando) o que cursa actualmente (para los que están estudiando)?</p>

e5.a	e5.a Especifique	e5.b	e6.a Nivel	e6.b Curso	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO E: Educación

Personas que asisten o asistieron a Educación Superior
(e6.a=12,13,14,15,16 o 17)

Personas que asistieron a Educación Superior
((e6.a=12, 13, 14, 15, 16 o 17) y (e3=2))

e7. ¿Cuál es el nombre de la carrera o programa de estudios?

e8. ¿En qué tipo de institución realizó su educación superior?

1. Centro de Formación Técnica
2. Instituto Profesional
3. Universidad privada no perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
4. Universidad privada perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
5. Universidad Estatal
6. Establecimiento de educación superior de las Fuerzas Armadas y del Orden
7. Universidad Extranjera

e7

e8

1

2

3

4

5

6

7

8




9

10

CASEN 2017

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica, Media o Superior (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o e2=2)

e9. Indique el establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil al cual asiste actualmente (Año 2017).

-  En caso de los programas especiales a preescolares anote el nombre del programa especial y lugar donde se imparte
-  En caso de Educación Superior, anote el nombre de la Universidad, Centro de Formación Técnica (CFT) o Instituto Profesional (IP)
-  Escriba con letra clara y legible el nombre del establecimiento, la dirección y comuna en que se ubica. Solicite algún documento que lo acredite: Libreta de notas, comunicaciones, etc.

e9Nom			1
e9Dir		e9Com	
e9Nom			2
e9Dir		e9Com	
e9Nom			3
e9Dir		e9Com	
e9Nom			4
e9Dir		e9Com	
e9Nom			5
e9Dir		e9Com	
e9Nom			6
e9Dir		e9Com	
e9Nom			7
e9Dir		e9Com	
e9Nom			8
e9Dir		e9Com	
e9Nom			9
e9Dir		e9Com	
e9Nom			10
e9Dir		e9Com	

MÓDULO E: Educación

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica, Media o Superior (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o e2=2)

e10. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento?

1. Municipal
2. Particular Subvencionada
3. Corporación de Administración Delegada
4. Particular no Subvencionada
5. JUNJI
6. INTEGRA
7. Jardín infantil o sala cuna del trabajo de la madre o del padre
8. Centro de Formación Técnica
9. Instituto Profesional
10. Universidad Privada no perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
11. Universidad Privada perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
12. Universidad Estatal
13. Establecimiento de Educación Superior de las Fuerzas Armadas y del Orden
99. No sabe

e11. ¿A qué jornada asiste regularmente?

Lea alternativas

1. Jornada mañana
2. Jornada tarde
3. Jornada completa (mañana y tarde)
4. Jornada completa con extensión de horario
5. Vespertina
6. Otra (horario variable, esporádico o flexible)

e12. En el año escolar 2017, ¿recibe alimentación gratuita en el establecimiento educacional?

Lea alternativas

- a) Desayuno
- b) Almuerzo
- c) Once
- d) Colación

1. Sí
2. No

Sólo a los que asisten a Educación Superior ((e3=1) y (e6.a=12, 13, 14 o 15))

e12.e En el año escolar 2017, ¿ha recibido tarjeta JUNAEB para alimentación?

1. Sí
2. No

Parvularia - Básica - Media

Superior

Desayuno

Almuerzo

Once

Colación

Tarjeta JUNAEB

e10

e11

e12.a

e12.b

e12.c

e12.d

e12.e

1

2

3

4

5

6

7


8

9

10

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica, Media o Superior (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o e2=2)


e13.a. En el año escolar 2017, ¿ha recibido o recibió alguna beca?



MOSTRAR TARJETA E13  "BECAS ESTATALES"

 *Lea alternativas*

1. Sí
2. No → **Pasa a e14**

e13.b. ¿Ha recibido o recibió alguna(s) de estas becas?

MOSTRAR TARJETA E13  "BECAS ESTATALES"

 *Registre máximo 2 becas*
 *Lea alternativas*

1. Beca Indígena (Todos los estudiantes)
2. BARE (Ed. Media)
3. Beca Presidente de la República (Ed. Media y Superior)
4. Beca Bicentenario (ex-MINEDUC) (Ed. Superior)
5. Beca Nuevo Milenio (Ed. Superior)
6. Beca Vocación de Profesor (Ed. Superior)
7. Beca de Reparación (Valech) (Ed. Superior)
8. Beca de Excelencia Académica (Ed. Superior)
9. Beca Juan Gómez Millas (Ed. Superior)
10. Otra beca estatal. Especifique (Todos los estudiantes)
11. Otra beca no estatal. Especifique (Todos los estudiantes)

e13.a	e13.b Tipo 1	Especifique Tipo 1	e13.b Tipo 2	Especifique Tipo 2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		10

MÓDULO E: Educación

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica o Media (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o e2=2)

e14. En el año escolar 2017, ¿ha recibido alguno de los siguientes beneficios?

Lea alternativas

- a) Útiles escolares (cuadernos, lápices, block de dibujo, etc.)
- b) Textos escolares (libros de estudio)
- c) Atención dental escolar
- d) Atención médica escolar
- e) Yo elijo mi PC (Séptimo Básico)

- 1. Sí
- 2. No

e15.a. En el año escolar 2017, ¿paga colegiatura o financiamiento compartido?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a e16*

e15.b. ¿Cuánto paga mensualmente?

Anote el monto mensual declarado en pesos

Si no sabe anote 99

Suma 12

--

CASEN 2017

Parvularia				Básica					Media			
Útiles	Textos	Atención Dental	Atención Médica	Útiles	Textos	Atención Dental	Atención Médica	PC	Útiles	Textos	Atención Dental	Atención Médica

	e14.a	e14.b	e14.c	e14.d	e14.a	e14.b	e14.c	e14.d	e14.e	e14.a	e14.b	e14.c	e14.d	e15.a	e15.b Monto (\$)
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Población de 0 a 12 años que asiste (e3=1)		Todos los que asisten a Educación: Técnico Nivel Superior, Profesional o Postgrado ((e3=1) y (e6.a=12, 13, 14, 15, 16 o 17))				Personas de 12 años o más	
<p>e16. Durante el año escolar 2017, fuera de la jornada escolar del niño/a y hasta las 21:00 horas ¿Dónde permanece el niño/a por un mayor número de horas en una semana normal?</p> <p><i>Se entiende por semana normal, una semana en que el niño/a asiste al colegio, de lunes a viernes.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> En el establecimiento educacional como parte de la extensión horaria En un establecimiento destinado al cuidado extraescolar En el lugar de trabajo del padre, madre o cuidador/a del niño/a En su hogar En otro hogar 		<p>e17. En el año escolar 2017, ¿paga por la carrera que estudia?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí No, tiene beneficio de gratuidad → <i>Pasa a e0</i> No, tiene una beca o crédito que cubre el 100% del arancel → <i>Pasa a e19</i> <p>e18.a. En el año escolar 2017, ¿cuánto paga mensualmente por la carrera que estudia?</p> <p><i>Anote el monto mensual declarado en pesos</i></p> <p><i>Si no sabe anote 99</i></p> <p>e18.b. ¿Quién (o quiénes) responde(n) la pregunta e18a?</p> <p><i>Registre número de orden de la persona</i></p>		<p>e19. En el año escolar 2017, ¿recibe alguno de los siguientes créditos universitarios para pagar la carrera que estudia?</p> <p><i>Registre máximo 2 alternativas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, crédito universitario o Fondo Solidario Sí, crédito CORFO Sí, crédito con garantía estatal o aval del Estado Sí, crédito otorgado por la institución donde estudia Sí, crédito familiar Sí, crédito de institución financiera Sí, otro crédito No 		<p>e0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Educación?</p> <p><i>Registre por observación</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Contesta al menos una pregunta Presente, pero no contesta No está presente 	
e16	e17	e18.a Monto (\$)	e18.b	Crédito 1	Crédito 2	e0	
				e19.1 Tipo	e19.2 Tipo		
							1
							2
							3
							4
							5
							6
							7
							8
							9
							10

MÓDULO O: Trabajo

Personas de 15 años o más

o1. La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?

1. Sí → *Pasa a o9.a*
2. No

o2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad por lo menos durante una hora

- ...por un salario o remuneración?
- ...en su empresa o negocio?
- ...para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)?
- ...por pago en especies?
- ...como aprendiz o realizando una práctica remunerada?
- ...de venta, sin incluir bienes del hogar?
- ...agrícola, minera o artesanal para la venta?

1. Sí → *Pasa a o9.a*
2. No

o3. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo, negocio u otra actividad del cual estuvo ausente temporalmente por licencia, permiso postnatal parental, huelga, enfermedad, vacaciones, suspensión temporal u otra razón?

1. Sí → *Pasa a o9.a*
2. No

o4. ¿Ha trabajado alguna vez?

1. Sí
2. No

o5. Si le ofrecieran un trabajo, ¿estaría disponible para comenzar a trabajar?

Lea alternativas

1. Sí, ahora mismo
2. Sí, en otra época del año
3. No

o6. ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas?

1. Sí → *Pasa a o8*
2. No

o7. ¿Cuál es la razón o razones por la(s) que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas?

No lea las alternativas

Registre respuesta espontánea por orden de prioridad (anote en "Razón 1" la que la persona considera más importante entre las dos)

Possibilidad 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 o personales

3. No tiene con quien dejar a los niños
4. No tiene con quien dejar a adultos mayores
5. No tiene con quien dejar a otro familiar
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 o renta

10. Quehaceres del hogar
11. Estudiante
12. Jubilado(a), pensionado(a) o montepiado(a)
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 o28*

o8. ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo?

Señale el número de semanas cumplidas


→ *Pasan a o28*

CASEN 2017

	o1	o2	o3	o4	o5	o6	o7. Razón 1	o7. Razón 2	o8
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora quisiera preguntarle acerca de su trabajo o negocio principal

o9.a. ¿Cuál es su ocupación u oficio?

 Indique el nombre completo del empleo y facilite detalles, por ejemplo:

- Recolector de frutas
- Profesor de escuela nivel secundario
- Enfermera titulada
- Conductor de bus
- Guardia de seguridad
- Gerente de una empresa

o9.b. ¿Qué hace usted en su trabajo o negocio principal?

 Facilite detalles, por ejemplo:

- Recoger y transportar uvas
- Enseñar matemáticas
- Cuidar enfermos y administrar medicamentos
- Transportar pasajeros entre ciudades
- Vigilar y controlar entrada en una empresa
- Administrar una empresa de productos lácteos

o9.a	o9.b	
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10

MÓDULO O: Trabajo

Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)

Ocupados Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

o10. ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en su trabajo, negocio o actividad principal?

o11. ¿Ud. está dispuesto a trabajar más horas a la semana?

Lea alternativas

1. Sí, ahora mismo
2. Sí, en otra época del año
3. No

o12. ¿Su trabajo o negocio principal es de tipo...?

Lea alternativas

1. Permanente
2. De temporada o estacional
3. Ocasional o eventual
4. A prueba
5. Por plazo o tiempo determinado

o13. ¿Desde qué año tiene su trabajo o negocio principal?

Indique año a cuatro dígitos

Registre al menos una fecha aproximada

o14. En su trabajo o negocio principal, ¿usted da boleta?

1. Sí, da boleta de servicios (honorarios)
2. Sí, da boleta de compra y venta (factura)
3. No
9. No sabe

o15. En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja como?

Lea alternativas

1. Patrón o empleador
2. Trabajador por cuenta propia

Alternativas 1 y 2
→ pasan a o22

3. Empleado u obrero del sector público (Gobierno 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. FF.AA. y del Orden
9. Familiar no remunerado

Alternativas 3, 4, 5, 6, 7 y 8
→ pasan a o16

Alternativa 9
→ pasa a o22

o16. En su trabajo principal, ¿qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene...?

Lea alternativas

1. Plazo indefinido
2. Plazo fijo

o17. En su trabajo principal, ¿tiene contrato de trabajo escrito?

1. Sí, firmado
2. Sí, pero no ha firmado
3. No tiene
4. No se acuerda o no sabe si firmó contrato

o18. Según su contrato de trabajo o el acuerdo con su empleador, ¿su jornada de trabajo normal es...?

Lea alternativas

1. Jornada completa
2. Jornada parcial
3. Jornada prolongada
4. Otra

o19. ¿Qué tipo de horario tiene en su trabajo actual?

Lea alternativas

1. Sólo diurno
2. Sólo nocturno
3. Rotativo o turnos

o20. ¿Con quién firmó su contrato o estableció su acuerdo de trabajo?

Lea alternativas

1. Directamente con la empresa o negocio donde trabaja

→ Pasa a o22

2. Con un contratista o subcontratista de bienes o servicios
3. Con una empresa de servicios transitorios, suministradora de trabajadores o con un contratista laboral (enganchador)

o10 Horas o11 o12 o13 o14 o15 o16 o17 o18 o19 o20

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CASEN 2017

Ocupados Asalariados por Empresa Contratista (o20=2,3)	Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)		
<p>o21. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución que <u>le paga</u>?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución que <u>le paga su sueldo</u></i> • <i>En caso que la empresa o institución tenga múltiples actividades, se debe describir la actividad principal de la empresa. Para mayor detalle, ver manual</i> • <i>Ejemplos de descripción incompleta: construcción, mantención, seguridad, higiene, educación, etc.</i> • <i>Ejemplos de descripción completa: construcción de obras civiles, mantención de equipamiento minero, servicio de seguridad para instituciones, servicio de higiene para empresas, corporación municipal que administra educación y salud, etc.</i> 	<p>o22. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución <u>donde usted trabaja</u>?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución en que la persona <u>realiza su actividad u ocupación principal</u></i> • <i>En caso que la empresa o institución tenga múltiples establecimientos y actividades, se debe describir actividad principal del establecimiento en que trabaja la persona. Para mayor detalle, ver manual</i> • <i>Ejemplos de descripción incompleta: fábrica, comercio, taller, construcción, minería, etc.</i> • <i>Ejemplos de descripción completa: fábrica de envases de vidrio, comercio de zapatillas, taller de reparación de autos, construcción de edificio, extracción de cobre, etc.</i> 	<p>o23. ¿Cuántas personas trabajan en total en ese negocio o empresa o institución en Chile?</p> <p>☞ <i>Lea alternativas</i></p> <p>A. Solo 1 persona (el entrevistado) B. De 2 a 5 personas C. De 6 a 9 personas D. De 10 a 49 personas E. De 50 a 199 personas F. 200 y más personas X. No sabe</p>	
o21	o22	o23	
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10

MÓDULO O: Trabajo

Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)

o24. ¿En su empleo principal, pertenece a alguna de las siguientes organizaciones en relación con su trabajo?

☞ *Responda para cada organización*

a) Sindicato (de empresa, inter-empresa, de trabajadores eventuales o transitorios, o de trabajadores independientes)

Para trabajadores de la Administración Pública

b) Asociación de funcionarios

Asociación gremial

c) Asociación gremial sectorial

d) Colegio profesional

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe

o25.a. En un día habitual, ¿cuánto tiempo en total tarda en llegar desde su vivienda a su lugar principal de trabajo? (Horas - minutos)

Si o25.a Horas=0 y o25.a Minutos =0 → **Pasa a o26**
(Trabaja en casa o inicia su recorrido en casa)

o25.b. ¿Cuántas veces a la semana realiza este viaje?

o25.c. ¿Qué medio de transporte utiliza habitualmente para realizar este viaje?

☞ *Si usa más de un medio de transporte para llegar al trabajo, marque el medio que utiliza para recorrer la mayor distancia.*

- 1. Transporte público (bus, microbús, metro, taxi colectivo, etc.)
→ **Pasa a o25d**
- 2. Vehículo motorizado particular (auto, camioneta, motocicleta, otro)
→ **Pasa a o25e**
- 3. A pie
- 4. En bicicleta
- 5. Otro vehículo no motorizado. Especifique
- 6. Otro vehículo motorizado. Especifique

} → **Pasa a o26**

Personas que responden en o25c=1

o25.d. ¿Qué tipo de transporte público?

- 1. Bus (interurbano o interprovincial)
- 2. Microbús
- 3. Metro
- 4. Taxi colectivo
- 5. Taxi, radiotaxi o similar
- 6. Tren o Metrotren

→ **Todos pasan a o26**

Personas que responden en o25c=2

o25.e. ¿Qué tipo de vehículo motorizado particular?

- 1. Auto
- 2. Camioneta
- 3. Motocicleta
- 4. Transporte institucional (vehículo o bus de la institución o empresa)
- 5. Otro transporte particular

	Administración Pública	Asociación Gremial	
Sindicatos	Asociación de funcionarios	Asociación gremial sectorial	Colegio profesional

CASEN 2017

	o24				o25.a		o25.b	o25.c	o25.c Especifique	o25.d	o25.e
	o24.a	o24.b	o24.c	o24.d	Horas	Minutos					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)		Personas de 15 años o más			Personas de 12 años o más		
<p>o26. En el último mes, ¿tuvo otros trabajos, empleos, actividades o negocios además de su trabajo o negocio principal?</p> <p>1. Sí 2. No → <i>Pasa a o28</i></p> <p>o27. Considere el trabajo secundario que le reporta mayores ingresos mensuales. En ese trabajo secundario, ¿usted trabaja como...? Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> Patrón o empleador Trabajador por cuenta propia Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal) Empleado u obrero de empresas públicas Empleado u obrero del sector privado Servicio doméstico puertas adentro Servicio doméstico puertas afuera FF.AA. y del Orden Familiar no remunerado 		<p>o28. Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</p> <p>MOSTRAR TARJETA O28 “INSTITUCIÓN PREVISIONAL”</p> <p> Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí No No sabe <p>→ <i>Alternativas 2 y 9 Pasa a o30</i></p> <p>o29. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</p> <p>MOSTRAR TARJETA O28 “INSTITUCIÓN PREVISIONAL”</p> <p> Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización obligatoria del trabajador dependiente Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización voluntaria del trabajador independiente Sí, IPS ex INP [Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras] Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA) Sí, otra. <u>Especifique</u> No está cotizando No sabe 			<p>o30. En los últimos 12 meses, ¿ha participado o participa actualmente en alguna capacitación laboral de a lo menos 8 horas de duración?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí No No sabe No responde 	<p>o0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Trabajo?</p> <p> Registre por observación</p> <ol style="list-style-type: none"> Contesta al menos una pregunta Presente, pero no contesta No está presente 	
o26	o27	o28	o29	o29.Especifique	o30	o0	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO Y: Ingresos

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero

Mes pasado

Ch1. Chequeo de situación ocupacional.

👉 Revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo Trabajo

Asigne código 1,2,3 o 4 según corresponda

1. Asalariado

- Si o15=3,4,5,6,7 u 8
→ Pasa a y1

2. Patrón o Empleador

- Si o15=1
→ Pasa a y7

2. Trabajador Cuenta Propia

- Si o15=2
→ Pasa a y7

3. Familiar No Remunerado

- Si o15=9
→ Pasa a y11

3. Inactivos y Desocupados

- Responde o4
→ Pasa a y11

4. Menores de 15 años

- Pasa a y12

y1. El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?

INCLUYA los descuentos por planilla de:

- préstamos y consumos en casas comerciales
- cuotas sindicales o a clubes
- días de licencia médica y subsidio maternal
- ahorro previsional voluntario o ahorro voluntario

EXCLUYA los descuentos legales correspondientes a:

- sistema previsional
- sistema de salud
- impuestos a las remuneraciones

EXCLUYA también los pagos por:

- horas extras
- bonificaciones
- gratificaciones
- aguinaldos y otros beneficios
- asignaciones familiares

👉 Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

y2. El mes pasado, ¿a cuántos días y horas pactadas con su empleador correspondió ese sueldo o salario?

👉 Anote el total de días y horas mensuales pactadas por contrato o acuerdo con su empleador

Excluya las horas extraordinarias

- Si no sabe días anote 99
- Si no sabe horas anote 999

Suma 20

--

Anote en el receptor

CASEN 2017

	Ch1	y1	y2. Días	y2. Horas
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero

Mes pasado

y3. Además del ingreso que recién declaró (y1), ¿recibió el mes pasado algunos de los siguientes tipos de ingresos provenientes de su ocupación principal?

¿Me puede indicar cuánto recibió por ...?

Lea alternativas

- a) Horas extras
- b) Comisiones
- c) Propinas
- d) Asignaciones por vivienda, transporte, educación de los hijos y semejantes

¿Y con qué periodicidad recibió este ingreso? (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)
- X. No sabe

Suma 21

Empty box for summing the periodicity responses.

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

y3.a Horas extras		y3.b Comisiones		y3.c Propinas		y3.d Asignaciones		
Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10

MÓDULO Y: Ingresos

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero

Mes pasado

Últimos 12 meses

y3. (Continuación) Además del ingreso que recién declaró (y1), ¿recibió el mes pasado algunos de los siguientes tipos de ingresos provenientes de su ocupación principal?

¿Me puede indicar cuánto recibió por ...?

Lea alternativas

- e) Viáticos no sujetos a rendición
- f) Otros. Especifique

¿Y con qué periodicidad recibió este ingreso? (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)
- X. No sabe

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

y4. En los últimos 12 meses, además de los ingresos recién declarados, ¿recibió alguno de los siguientes tipos de ingreso provenientes de su ocupación principal?

¿Me puede indicar cuánto recibió por...?

Lea alternativas

- a) Bonificaciones o aguinaldos y otras asignaciones especiales
- b) Gratificaciones

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto anual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Suma 22

Suma 22

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

y3.e Viáticos no sujetos a rendición

y3.f Otros

y4.a Bonificaciones o aguinaldos

y4.b Gratificaciones

Monto(\$)

P

Monto(\$)

P

Especifique

Monto(\$)

Monto(\$)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)	Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)
Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero	Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies
Últimos 12 meses	Mes pasado

y4. (Continuación) Durante los últimos 12 meses, además de los ingresos recién declarados, ¿recibió alguno de los siguientes tipos de ingreso derivados de su ocupación principal?

Lea alternativas

¿Me puede indicar cuánto recibió por...?

- c) Sueldo adicional, por sobre la remuneración mensual (décimo tercer mes)
- 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 anote 99

Anote en el receptor

y5. 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?

Lea alternativas

- a) Alimentos y bebidas
- b) Vales de alimentación

- Para cada tipo de ingreso:*
- Anote el monto mensual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Suma 23

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

y4.c Sueldo adicional	y4.d Otros similares		y5.a Alimentos y bebidas	y5.b Vales de alimentación	
Monto(\$)	Monto(\$)	Especifique	Monto(\$)	Monto(\$)	
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10

MÓDULO Y: Ingresos

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies

Mes pasado

y5. (Continuación) 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...?

Lea alternativas

- c) Vivienda o alojamiento
- d) Vehículo para uso privado
- e) Servicio de transporte
- f) Estacionamiento gratuito
- g) Teléfono

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Suma 24

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

	y5.c Vivienda o alojamiento	y5.d Vehículo	y5.e Servicio de transporte	y5.f Estacionamiento gratuito	y5.g Teléfono
	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

CASEN 2017

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies

Mes pasado

y5. (Continuación) 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...?

 *Lea alternativas*

- 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

Suma 25

 *Para cada tipo de ingreso:*

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

y5.h Vestimenta	y5.i Sala cuna	y5.j Leña	y5.k Bienes o servicios del empleador	y5.l Otros	
Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10

MÓDULO Y: Ingresos

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)	Patrón o Empleador (o15=1), Independiente o Trabajador por cuenta propia (o15=2)
---------------------------------	--

Ingresos del trabajo - Ocupación secundaria (o26=1)	Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero
---	---

Mes pasado	Mes pasado
------------	------------

Ch2. Chequeo de ocupación secundaria.

☞ Revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo Trabajo

Asigne código 1 o 2 según respuesta en o26

1. Si o26=1 (Tiene ocupación secundaria) → **Pasa a y6**
2. Si o26=2 (No tiene ocupación secundaria) → **Pasa a y12**

y6. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total, que usted recibió por otro u otros trabajos u ocupaciones, además de su ocupación principal?
Considere ingresos en dinero y en especie.

☞ 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 especies, deben valorarse a precios de mercado, según juicio de la persona encuestada

→ **Pasa a y12**

- ☞ Para este ingreso:
- Anote el monto mensual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

y7. ¿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.

- ☞ Para este ingreso:
- Anote el monto mensual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Suma 26

Anote en el receptor

Anote en el receptor

y6 Ocupación secundaria

y7 Retiro de dinero

Ch2

Monto(\$)

Monto(\$)

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CASEN 2017

Patrón o Empleador (o15=1), Independiente o Trabajador por cuenta propia (o15=2)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies	Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero	Ingresos del trabajo - Ocupación secundaria (o26=1)
---	---	---

Mes pasado	Últimos 12 meses	Mes pasado
------------	------------------	------------

<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 este ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos Si no tuvo ingreso anote 0 Si no sabe anote 99 <p>Suma 27</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><i>Anote en el receptor</i></p>	<p>y9. En 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 este ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Anote el monto <u>anual</u> declarado en pesos Si no tuvo ingreso anote 0 Si no sabe anote 99 <p><i>Anote en el receptor</i></p>	<p>Ch3. Chequeo de ocupación secundaria.</p> <p><i>Revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo Trabajo</i></p> <p>Asigne código 1 o 2 según respuesta en o26</p> <ol style="list-style-type: none"> Si o26=1 (Tiene ocupación secundaria) → Pasa a y10 Si o26=2 (No tiene ocupación secundaria) → Pasa a y12 	<p>y10. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total, que usted recibió por otro u otros trabajos u ocupaciones además de su ocupación principal? Considere ingresos en dinero y en especies.</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 especies.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de haber ingresos en especies, deben valorarse a precios de mercado, según juicio de la persona encuestada. <p>→ Pasa a y12</p> <p><i>Para este ingreso:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos Si no tuvo ingreso anote 0 Si no sabe anote 99 <p><i>Anote en el receptor</i></p>
---	--	---	---

y8 Retiro de productos	y9 Ganancias por ventas		y10 Ocupación secundaria
-------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------

Monto(\$)	Monto(\$)	Ch3	Monto(\$)
------------------	------------------	------------	------------------

				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8
				9
				10

MÓDULO Y: Ingresos

Familiares no remunerados (o15=9), Desocupados o Inactivos (o4=1,2)

Todas las personas

Ingresos del trabajo de familiares no remunerados, desocupados e inactivos

Otros ingresos de origen privado

Mes pasado

Mes pasado

y11. El mes pasado, ¿recibió algún sueldo o pago por trabajos, actividades o negocios que usted haya realizado ese mes?

☞ Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

y12. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

- a) Arriendo de propiedades urbanas
- b) Arriendo de maquinarias, animales o implementos

☞ Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

Suma 28

--

y11

y12.a Arriendo urbano

y12.b Arriendo maquinarias

Monto(\$)

Monto(\$)

Monto(\$)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Todas las personas	Personas de 12 años o más
Otros ingresos de origen privado	
Mes pasado	

y13. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

- 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

- ☞ Para cada tipo de ingreso:
- Anote el monto mensual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Suma 29

Anote en el receptor

y14. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

- a) Remuneración por trabajos ocasionales (No incluir los ingresos declarados en y6, y10 e y11)

- ☞ Para cada tipo de ingreso:
- Anote el monto mensual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

(Continúa en la página siguiente)
Anote en el receptor

y13.a Pensión alimento	y13.b Aporte familiar país	y13.c Aporte familiar	y14.a Trabajo ocasional	
Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8
				9
				10

MÓDULO Y: Ingresos

Personas de 12 años o más

Todas las personas

Otros ingresos de origen privado

Mes pasado

Últimos 12 meses

y14. (Continuación) El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

- b) Trabajos realizados antes del mes anterior
- c) Seguro de desempleo o de cesantía

y15. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por...?

- a) Intereses por depósitos
- b) Dividendos por acciones o bonos financieros
- c) Retiro de utilidades de empresas

☞ Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

☞ Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto anual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Suma 30

Suma 30

Anote en el receptor

Anote en el receptor

y14.b Trabajo anterior

y14.c Seguro

y15.a Intereses

y15.b Dividendos

y15.c Utilidades

Monto(\$)

Monto(\$)

Monto(\$)

Monto(\$)

Monto(\$)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Todas las personas

Otros ingresos de origen privado

Últimos 12 meses

y16. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por...?

- 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 anual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

y17. En los últimos 12 meses, ¿consumió productos agropecuarios producidos o recolectados por el hogar?

Por favor, estime el monto que hubiera tenido que pagar

Ejemplos productos: carnes, lácteos, huevos y aves, productos de la huerta, leña, productos del mar, otros alimentos, etc.

- ☞ Para este ingreso:
- Anote el monto anual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

y18. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por..?

- a) Indemnización por despido o renuncia (Finiquitos)
- b) Donaciones de instituciones o personas ajenas al hogar

- ☞ Para cada tipo de ingreso:
- Anote el monto anual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Suma 31

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

y16.a Arriendo agrícola	y16.b Arriendo temporada	y17 Autoconsumo	y18.a Despido	y18.b Donación	
Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	Monto(\$)	
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10

MÓDULO Y: Ingresos

Todas las personas

Otros ingresos de origen privado

Últimos 12 meses

y18. (Continuación) En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por..?

- c) Devolución de impuestos
- d) Otros ingresos. Especifique

- ☞ Para cada tipo de ingreso:
- Anote el monto anual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Suma 32

Anote en el receptor

	y18.c Devolución de impuestos	y18.d Otros ingresos	
	Monto(\$)	Monto(\$)	Especifique
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CASEN 2017


Todas las personas

Subsidios o transferencias del Estado

Mes pasado

y19. El mes pasado, ¿recibió Asignación Familiar? Indique el tramo y el número de asignaciones que recibió.

MOSTRAR TARJETA Y19  **"TRAMOS ASIGNACIÓN FAMILIAR"**

 Solicite colilla de pago.
Si no está, registre declaración.


 Lea alternativas

1. Tramo 1: \$11.091 (sueldo bruto hasta \$283.312)
2. Tramo 2: \$6.806 (sueldo bruto entre \$283.313 y \$413.808)
3. Tramo 3: \$2.151 (sueldo bruto entre \$413.809 y \$645.400)
4. No recibió

 Recuerde contar 1 asignación para embarazadas, 2 para inválidos y 1 para el resto

Anote en el receptor

y20. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

 Solicite colilla de pago.
Si no está, registre declaración.

 Lea alternativas

SUBSIDIO FAMILIAR (SUF)

- a) Subsidio familiar al menor o recién nacido (\$11.091)
- b) Subsidio de asistencia maternal (\$110.910 por una sola vez, equivalente a 10 meses)
- c) Subsidio familiar a la madre (\$11.091)

SUBSIDIO FAMILIAR DUPLO

- d) Subsidio familiar por invalidez (\$22.182)

SUBSIDIO A LA DISCAPACIDAD MENTAL

- e) Subsidio a la discapacidad mental (\$66.104)

 Registre para cada tipo de ingreso

1. Sí
2. No
9. No sabe

Anote en el causante

y19 Asignación Familiar

Subsidio Familiar (SUF)

Familiar Duplo

Discapacidad Mental

Tramo

Nº Asignaciones

y20.a

y20.b

y20.c

y20.d

y20.e

y19 Asignación Familiar		Subsidio Familiar (SUF)			Familiar Duplo	Discapacidad Mental	
Tramo	Nº Asignaciones	y20.a	y20.b	y20.c	y20.d	y20.e	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO Y: Ingresos

Jefe (a) de núcleo

Todas las personas

Subsidios o transferencias del Estado

Mes pasado

y21a. ¿Participa su núcleo familiar en Chile Solidario?

Lea alternativas

1. Sí participa → **Pasa a y22**
2. No, estaba participando pero ya egresó
3. No, estaba participando pero se retiró
4. No, fue invitada pero no aceptó
5. No, no ha sido invitada
6. No, otra razón

y21b. ¿Participa su núcleo familiar en el Programa Seguridades y Oportunidades (Ingreso Ético Familiar)?

1. Sí
2. No

y22. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

MOSTRAR TARJETA Y22 “BONOS DE PROTECCIÓN FAMILIAR”

Solicite colilla de pago.
Si no está, registre declaración.
Lea alternativas

- a. Bono de protección familiar: \$16.634 mensuales, los 6 primeros meses
- b. Bono de protección familiar: \$12.675 mensuales entre el mes 7 y el año
- c. Bono de protección familiar: \$8.713 mensuales entre los meses 13 y 18
- d. Bono de protección familiar: \$11.091 mensuales entre los meses 19 y 24
- e. Bono de egreso: \$11.091 mensuales entre los meses 25 y 60

Registre para cada tipo de ingreso

1. Sí
2. No
9. No sabe

y23. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...

Solicite colilla de pago.
Si no está, registre declaración.

a) Bono Base Familiar?

b) Bono Control del Niño Sano al Día (\$6.000 por niño/a menor de seis años)?

¿Me puede indicar el monto?

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99.

1. Sí
2. No
9. No sabe

c) Bono Deberes por Asistencia Escolar (\$6.000 por niño/a y adolescente entre 6 y 18 años)?

1. Sí
2. No
9. No sabe

Suma 34

--

Anote en jefe(a) de núcleo

Anote en el receptor

Anote en el receptor (a)

Anote en el causante (b y c)

y21a Chile Solidario

y21b Ingreso Ético Familiar

y22 Bonos de Protección Familiar y de Egreso

y23.a Bono Base Familiar

y23.b Bono Control Niño Sano

y23.c Bono Asistencia Escolar

y21a

y21b

y22.a

y22.b

y22.c

y22.d

y22.e

Monto(\$)

y23.b

y23.c

	y21a	y21b	y22.a	y22.b	y22.c	y22.d	y22.e	Monto(\$)	y23.b	y23.c
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Jefe (a) de hogar	Todas las personas
-------------------	--------------------

Subsidios o transferencias del Estado

Mes pasado	Últimos 12 meses
------------	------------------

y24. El mes pasado, ¿recibió Subsidio de Agua Potable (SAP)?
¿Me puede indicar el monto?

☞ Para este ingreso:

- Anote el monto declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

☞ Solicite cuenta de agua potable. Si no está, registre declaración.

Suma 35

Anote en jefe(a) de hogar

y25. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por...?

☞ Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.
☞ Lea alternativas

a) Aporte familiar permanente (ex Bono Marzo)

MOSTRAR TARJETA Y25A "APORTE FAMILIAR PERMANENTE (EX-BONO MARZO)"

☞ Anote en receptor (a)

1. \$44.209 por la familia o por un causante
2. \$88.418 por 2 causantes
3. \$132.627 por 3 causantes
4. \$176.836 por 4 causantes
5. \$221.045 por 5 causantes
6. \$265.254 por 6 causantes
7. \$309.463 por 7 causantes
8. \$353.672 por 8 causantes
9. \$397.881 por 9 causantes
10. \$442.090 por 10 causantes
11. \$486.299 por 11 causantes
12. \$530.508 o más por 12 o más causantes

0. No recibió
 99. No sabe

Anote en el receptor (y25.a)

b) Bono por logro escolar

☞ Anote en causante

1. \$34.666
2. \$57.776

0. No recibió
 9. No sabe

c) Bono Bodas de Oro (\$153.758 por cónyuge)

☞ Anote en causante

1. Si
2. No
9. No sabe

d) Bono de Invierno (\$59.188)

☞ Anote en causante

1. Si
2. No
9. No sabe

Anote en el causante (y25.b - y25.c - y25.d)

y24 Subsidio Agua Potable	Aporte Familiar Permanente	Bono por Logro Escolar	Bono Bodas de Oro	Bono de Invierno
---------------------------	----------------------------	------------------------	-------------------	------------------

Monto(\$)	y25.a	y25.b	y25.c	y25.d
-----------	-------	-------	-------	-------

					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10


MÓDULO Y: Ingresos

Todas las personas

Subsidios o transferencias del Estado


Últimos 12 meses

y25. (Continuación) En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por... ?

 Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

 Lea alternativas

- e) Subsidio Empleo Joven (entre 18 y 25 años)
- f) Bono al trabajo de la mujer (entre 25 y 59 años)
- g) Otro subsidio del Estado (ejemplo subsidios regionales). Especifique

 Para cada tipo de ingreso (e, f, g)

- Anote el monto declarado en pesos.
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99.

¿Y con qué periodicidad recibió el subsidio (e, f, g)? (P)

- 1. Mensual
- 2. Anual

Suma 36

--

Anote en el causante

CASEN 2017

	y25.e Subsidio Empleo Joven		y25.f Bono al trabajo de la mujer		y25.g Otro subsidio del Estado		
	Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	Monto(\$)	P	Especifique
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Todas las personas

Jubilaciones, Pensiones y Montepíos

Mes pasado

y26.1. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

MOSTRAR TARJETA Y26.1  "JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

 *Lea alternativas*

Jubilación o Pensión de Vejez

- a) Pensión Básica Solidaria de Vejez (\$104.646)
- b) Jubilación o Pensión de Vejez con Aporte Previsional Solidario
- c) Jubilación o Pensión de Vejez

Jubilación o Pensión de Invalidez

- d) Pensión Básica Solidaria de Invalidez (\$104.646)
- e) Jubilación o Pensión de Invalidez con Aporte Previsional Solidario
- f) Jubilación o Pensión de Invalidez

- g) Montepío o Pensión de Viudez
- h) Pensión de Orfandad
- i) Pensión por Leyes Especiales (Exonerados políticos, Ley Valech, Ley Rettig, Pensión de Gracia)
- j) Otro. Especifique.

Si y26.1b=1, y26.1c=1, y26.1e=1, y26.1f=1, y26.1g=1, y26.1h=1, y26.1i=1 o y26.1j=1

→ **Pasa a y26.2 de la correspondiente jubilación, pensión o montepío**

Si y26.1a=1 o y26.1d=1

→ **Pasa a y27**

Si no tiene jubilación, pensión o montepío

→ **Pasa a y27**

Si no sabe si tiene jubilación, pensión o montepío

→ **Pasa a y27**

 *Registre para cada tipo de ingreso*

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe

Anote en el receptor

y26.1 Jubilaciones, Pensiones y Montepíos

y26.1a	y26.1b	y26.1c	y26.1d	y26.1e	y26.1f	y26.1g	y26.1h	y26.1i	y26.1j	y26.1j Especifique	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10

MÓDULO Y: Ingresos

Personas que responden y26.1b = 1

Personas que responden y26.1c = 1

Jubilación o Pensión de Vejez con Aporte Previsional Solidario

Jubilación o Pensión de Vejez

Mes pasado

Mes pasado

y26.2b. ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Vejez (Monto1(\$)) con Aporte Previsional Solidario (Monto2(\$))?

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3b. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3

"INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

Lea alternativas

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
9. No sabe

y26.4b. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)

Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3b

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Suma 38

--

Anote en el receptor

y26.2c ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Vejez? (Monto (\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3c ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3

"INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

Lea alternativas

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
9. No sabe

y26.4c ¿Cuál es la modalidad de la Pensión que recibe? (Mod)

Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3c

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor

Jubilación o Pensión de Vejez con Aporte Previsional Solidario

Jubilación o Pensión de Vejez

y26.2b Monto 1 (\$)

y26.2b Monto 2 (\$)

y26.3b Inst.

y26.4b Mod.

y26.2c Monto (\$)

y26.3c Inst

y26.4c Mod

	y26.2b Monto 1 (\$)	y26.2b Monto 2 (\$)	y26.3b Inst.	y26.4b Mod.	y26.2c Monto (\$)	y26.3c Inst	y26.4c Mod
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Personas que responden y26.1e=1	Personas que responden y26.1f=1
Jubilación o Pensión de Invalidez con Aporte Previsional Solidario	Jubilación o Pensión de Invalidez
Mes pasado	Mes pasado

y26.2e. ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Invalidez (Monto1 (\$)) con Aporte Previsional Solidario (Monto2 (\$))?
 ☞ Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.
 ☞ Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3e. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

☞ Lea alternativas

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
9. No sabe

y26.4e. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)
 ☞ Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3e

Suma 39

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor

y26.2f. ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Invalidez? (Monto (\$))
 ☞ Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.
 ☞ Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3f. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

☞ Lea alternativas

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
9. No sabe

y26.4f. ¿Cuál es la modalidad de la Pensión que recibe? (Mod)
 ☞ Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3f

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor

Jubilación o Pensión de Invalidez con Aporte Previsional Solidario	Jubilación o Pensión de Invalidez
--	-----------------------------------

y26.2e Monto 1 (\$)	y26.2e Monto 2 (\$)	y26.3e Inst.	y26.4e Mod.	y26.2f Monto(\$)	y26.3f Inst	y26.4f Mod	
							1
							2
							3
							4
							5
							6
							7
							8
							9
							10

MÓDULO Y: Ingresos

Personas que responden y26.1g=1

Personas que responden y26.1h=1

Personas que responden y26.1i=1

Montepío o Pensión de Viudez

Pensión de Orfandad

Pensión por Leyes Especiales

Mes pasado

Mes pasado

Mes pasado

y26.2g. ¿Me podría indicar el monto de la Montepío o Pensión de Viudez? (Monto(\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3g. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPIÓS".

Lea alternativas

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. Mutua / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución
9. No sabe

y26.4g. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)

Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3g

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor

Montepío o Pensión de Viudez

y26.2h. ¿Me podría indicar el monto de la Pensión de Orfandad? (Monto(\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3h. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPIÓS".

Lea alternativas

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. Mutua / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución
9. No sabe

y26.4h. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)

Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3h

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor

Pensión de Orfandad

y26.2i. ¿Me podría indicar el monto de la pensión por leyes especiales? (Monto (\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

Suma 40

--

Anote en el receptor

Pensión por Leyes Especiales

y26.2g Monto(\$)

y26.3g Inst

y26.4g Mod

y26.2h Monto(\$)

y26.3h Inst

y26.4h Mod

y26.2i Monto(\$)

	Montepío o Pensión de Viudez			Pensión de Orfandad			Pensión por Leyes Especiales
	y26.2g Monto(\$)	y26.3g Inst	y26.4g Mod	y26.2h Monto(\$)	y26.3h Inst	y26.4h Mod	y26.2i Monto(\$)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Personas que responden y26.1j=1			Personas de 15 años o más							Personas de 12 años o más	
Otra Pensión			Inclusión financiera								
Mes pasado			y27. ¿Tiene usted?: Lea alternativas Registre para cada instrumento							y0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Ingresos? Registre por observación	
<p>y26.2j. ¿Me podría indicar el monto de la otra Pensión o Jubilación? (Monto (\$)) Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración. Para este ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anote el monto <u>mensual</u> declarado en pesos. Si no sabe anote 99. <p>y26.3j. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)</p> <p>MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPIÓS".</p> <p>Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> AFP, Administradora de Fondos de Pensiones IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional) Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA) Mutual / Instituto de Seguridad Laboral (ISL) Compañía de Seguros Otra institución No sabe / No responde <p>y26.4j. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod) Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3j</p> <ol style="list-style-type: none"> Renta vitalicia inmediata Retiro programado Renta temporal con renta vitalicia diferida Renta vitalicia inmediata con retiro programado No sabe / No responde <p><i>Anote en el receptor</i></p>			<p>y27. ¿Tiene usted?: Lea alternativas Registre para cada instrumento</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuenta de ahorro o depósito a plazo Cuenta corriente Cuenta de depósitos a la vista o "CuentaRut" Tarjeta de débito (emitidas por bancos y cooperativas de ahorro y crédito) Tarjeta de crédito bancaria Tarjeta de crédito no bancaria Línea de crédito <ol style="list-style-type: none"> Sí No No sabe / No responde 							<p>y0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Ingresos? Registre por observación</p> <ol style="list-style-type: none"> Contesta al menos una pregunta Presente, pero no contesta No está presente 	
			Suma 41								
Otra Pensión o Jubilación											
y26.2j Monto (\$)	y26.3j Inst	y26.4j Mod	y27.a	y27.b	y27.c	y27.d	y27.e	y27.f	y27.g	y0	
											1
											2
											3
											4
											5
											6
											7
											8
											9
											10

MÓDULO S: Salud

Personas de 0 a 9 años Personas de 0 a 6 años Personas de 60 años o más Personas de 12 años o más Mujeres de 12 a 49 años

<p>s1. ¿Cuál es el estado nutricional de [NIÑO/A]?</p> <p> Solicitar Carnet de Control del niño(a). En caso que no lo tenga registre lo que reporte el entrevistado</p> <p> Registre X en la columna "s1.C" si la respuesta es dada a partir del Carnet de Control del niño(a).</p> <ol style="list-style-type: none"> Desnutrido o en riesgo de desnutrición Normal Sobrepeso Obeso No sabe 		<p>s2. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimentos del consultorio u hospital?</p> <p>MOSTRAR TARJETA S2 "ALIMENTOS NIÑOS".</p> <p> Registre hasta 2 tipos de alimentos</p> <p> Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, Leche Purita Fortificada Sí, Purita Cereal Sí, Mi Sopita Sí, fórmula para prematuros Sí, fórmula de inicio Sí, fórmula para errores innatos del metabolismo (INTA) No retiró alimentos No sabe / No recuerda 		<p>s3. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimentos del consultorio u hospital?</p> <p>MOSTRAR TARJETA S3 "ALIMENTOS ADULTO MAYOR".</p> <p> Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, Bebida Láctea (Leche) y Crema Años Dorados No retiró alimentos No sabe / No recuerda 		<p>A continuación le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con fertilidad, maternidad y paternidad, las cuales están dirigidas a todas las personas de 12 años o más.</p> <p>s4. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted en su vida?</p> <p> Registre 0 si no ha tenido hijos</p> <p> Registre 99 si No sabe</p> <p>Alternativas 0 y 99 → Pasa a s6</p> <p>s5. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?</p> <p> Registre el número de años</p> <p> Registre 99 No sabe / No recuerda</p>		<p>s6. ¿Se encuentra usted en este momento embarazada o amamantando?</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, embarazada Sí, amamantando No → Pasa a s8 <p>s7. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimentos del consultorio u hospital?</p> <p>MOSTRAR TARJETA S7 "ALIMENTOS EMBARAZADAS Y NODRIZAS".</p> <p> Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí, Leche Purita Fortificada Sí, Purita Mamá No retiró alimentos No sabe / No recuerda 	
Estado Nutricional									
s1	s1.c	Alimento 1 s2.a1	Alimento 2 s2.a2	s3	s4	s5	s6	s7	

CASEN 2017

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mujeres de 15 años o más		Mujeres de 35 años o más		Todas las personas			
<p>s8. En los últimos tres años, ¿se ha hecho el Papanicolau?</p> <p>1. Sí, durante el último año 2. Sí, hace más de un año y hasta 2 años 3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años } → Pasa a s10</p> <p>4. No → Pasa a s9 9. No sabe / No recuerda → Pasa a s10</p> <p>s9. ¿Por qué no se lo ha hecho?</p> <p>☞ Registre la <u>razón principal</u></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 99. No sabe</p>		<p>s10. En los últimos tres años, ¿se ha hecho una mamografía?</p> <p>1. Sí, durante el último año 2. Sí, hace más de un año y hasta 2 años 3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años } → Pasa a s12</p> <p>4. No → Pasa a s11 9. No sabe / No recuerda → Pasa a s12</p> <p>s11. ¿Por qué no se la ha hecho?</p> <p>☞ Registre la <u>razón principal</u></p> <p>1. No sabe donde 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 99. No sabe</p>		<p>s12. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?</p> <p>☞ Lea <u>alternativas</u></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. FF.AA. y del Orden 7. ISAPRE 8. Ninguno (particular) 9. Otro sistema 99. No sabe</p> <p>s13. Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?</p> <p>☞ Solicitar respuesta directa a todos los presentes de 15 años o más, en caso de ausencia solicitar respuesta a informante.</p> <p>☞ Registre X en la columna "s13.P" si la respuesta es dada directamente por la persona.</p> <p>1. Muy mal 2. 3. 4. 5. 6. 7. Muy bien 9. No sabe</p>			
				Estado de Salud			
s8	s9	s10	s11	s12	s13	s13.p	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO S: Salud

Jefe(a) de núcleo	Todas las personas							
<p>s14. ¿Algún miembro de su núcleo familiar se encuentra cubierto por un Seguro de Salud complementario ante riesgo de enfermedad o accidente?</p> <p>1. Sí 2. No 9. No sabe / No recuerda</p>	<p>s15. En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?</p> <p> Registrar sólo lo más reciente</p> <p>1. Sí, enfermedad provocada por el trabajo 2. Sí, enfermedad no provocada por el trabajo 3. Sí, accidente laboral o escolar 4. Sí, accidente no laboral ni escolar 5. No tuvo ninguna enfermedad o accidente 9. No sabe / No recuerda</p> <p>Alternativas 5 y 9 → Pasan a s19</p> <p>s16. ¿Tuvo alguna consulta o atención médica por esa enfermedad o accidente?</p> <p>1. Sí → Pasa a s18 2. No 9. No sabe / No recuerda → Pasa a s19</p>	<p>s17. ¿Por qué no tuvo consulta ni atención?</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 99. No sabe</p> <p>Todas → Pasan a s19</p>	<p>s18. Cuando consultó, ¿se le presentó alguno de los siguientes problemas?</p> <p> Lea alternativas</p> <p>a) Problemas para llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc. b) Problemas para conseguir una cita/atención (hora) c) Problemas para ser atendido en el establecimiento (demora en la atención, cambios de hora, etc.) d) Problemas para pagar por la atención debido al costo e) Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo</p> <p> Registre respuesta en cada tipo de problema</p> <p>1. Sí 2. No 9. No sabe / No responde</p>					
<i>Anote en jefe(a) de Núcleo</i>								
s14	s15	s16	s17	s18.a	s18.b	s18.c	s18.d	s18.e

CASEN 2017

1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

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 s19.a = 0
→ **Pasa a s20.a**
- Si s20.a = 0
→ **Pasa a s21.a**
- Si s21.a = 0
→ **Pasa a s22.a**
- Si s22.a = 0
→ **Pasa a s23.a**
- Si s23.a = 0
→ **Pasa a s24.a**

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

MOSTRAR TARJETA S19B  **“ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

 *Lea alternativas*

1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
2. Posta rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)
4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
6. Posta (Servicio de urgencia de hospital público)
7. Hospital público o del SNSS
8. Consulta o centro médico privado
9. Clínica u hospital privado
10. Centro de salud mental privado
11. Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
12. Servicio de urgencia de clínica u hospital privado
13. Mutual de Seguridad
14. Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
15. Otro
99. No sabe / No recuerda

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

MOSTRAR TARJETA S19C  **“FORMAS DE PAGO”**

 *Registre la forma de pago principal. Lea alternativas*

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
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. Sí, parcial por tratamiento dental en nivel secundario o terciario (sólo FONASA grupos B, C o D en Modalidad Institucional)
7. Sí, parcial. Otra forma de pago
8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS o por ser funcionario público del sector salud
9. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
10. No, gratuito por cobertura AUGE-GES según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
16. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
17. No, gratuito. Otra forma de gratuito
99. No sabe / No recuerda

Primero le voy a preguntar por Consulta Médica General			Ahora le voy a preguntar sobre Consultas de Urgencia			Ahora le voy a preguntar por Consultas de Salud Mental			Ahora le voy a preguntar por Consulta de Especialidad			Ahora le voy a preguntar por Consultas Dentales		
s19.a	s19.b	s19.c	s20.a	s20.b	s20.c	s21.a	s21.b	s21.c	s22.a	s22.b	s22.c	s23.a	s23.b	s23.c

s19.a	s19.b	s19.c	s20.a	s20.b	s20.c	s21.a	s21.b	s21.c	s22.a	s22.b	s22.c	s23.a	s23.b	s23.c	
														1	
														2	
														3	
														4	
														5	
														6	
														7	
														8	
														9	
														10	

MÓDULO S: Salud

Todas las personas

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?

☞ Considere como 1 examen de laboratorio a cada extracción de muestra (orina, sangre, otros) que la persona se realizó por cada visita a un centro de salud.

• Considere como 1 examen de rayos X a cada procedimiento de imagen (radiografía, ecotomografía, scanner, otros) que la persona se realizó por cada visita a un centro de salud.

Si s24.a = 0
→ Pasa a s25.a

Si s25.a = 0
→ Pasa a s26.a

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

MOSTRAR TARJETA S19B "ESTABLECIMIENTOS DE SALUD"

☞ Lea alternativas

1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
2. Posta rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)
4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
6. Posta (Servicio de urgencia de hospital público)
7. Hospital público o del SNSS
8. Consulta o centro médico privado
9. Clínica u hospital privado
10. Centro de salud mental privado
11. Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
12. Servicio de urgencia de clínica u hospital privado
13. Mutual de Seguridad
14. Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
15. Otro
99. No sabe / No recuerda

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

MOSTRAR TARJETA S19C "FORMAS DE PAGO"

☞ Registre la forma de pago principal. Lea alternativas

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
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. Sí, parcial por tratamiento dental en nivel secundario o terciario (sólo FONASA grupos B, C o D en Modalidad Institucional)
7. Sí, parcial. Otra forma de pago
8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS o por ser funcionario público del sector salud
9. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
10. No, gratuito por cobertura AUGE-GES según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
16. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
17. No, gratuito. Otra forma de gratuito
99. No sabe / No recuerda

Ahora le voy a preguntar por **Exámenes de Laboratorio**

Ahora le voy a preguntar por **Rayos X o Ecografías**

s24.a

s24.b

s24.c

s25.a

s25.b

s25.c

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

s26.a. ¿Cuántos controles de salud se realizó usted en los últimos 3 meses?

Si s26.a = 0 → *Pasa a s27.a*

s26.b. ¿Qué tipo de control se realizó durante los últimos 3 meses?

Registre hasta 3 controles principales

1. Control del niño sano (0 a 9 años)
2. Control de embarazo
3. Control de enfermedades crónicas
4. Control ginecológico
5. Control preventivo del adulto (15 a 64 años)
6. Control preventivo del adulto mayor (65 años o más)
7. Control del adolescente (10 a 19 años)
8. Control dental
9. Otro control
99. No sabe / No recuerda

s26.c. ¿En qué establecimiento se realizó el último control?

MOSTRAR TARJETA S19B **"ESTABLECIMIENTOS DE SALUD"**

Lea alternativas

1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
2. Posta rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)
4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
7. Hospital público o del SNSS
8. Consulta o centro médico privado
9. Clínica u hospital privado
10. Centro de salud mental privado
11. Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
13. Mutual de Seguridad
15. Otro
99. No sabe/ No recuerda

s26.d. ¿Tuvo que hacer algún pago por el último control?

MOSTRAR TARJETA S19C **"FORMA DE PAGO"**

Registre la forma de pago principal. Lea alternativas.

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
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. Sí, parcial por tratamiento dental en nivel secundario o terciario (sólo FONASA grupos B, C o D en Modalidad Institucional)
7. Sí, parcial. Otra forma de pago
8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS o por ser funcionario público del sector salud
9. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
10. No, gratuito por cobertura AUGE-GES según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
16. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
17. No, gratuito. Otra forma de gratuito
99. No sabe / No recuerda

s26 Controles de Salud

s26.a Número	s26.b Tipo de Control			s26.c Establecimiento	s26.d Pago	
	Control 1	Control 2	Control 3			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10

MÓDULO S: Salud

Todas las personas

Finalmente le voy a preguntar por Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas

s27.a. En los últimos 12 meses, ¿ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica?

Registre hospitalización o intervención quirúrgica más reciente

1. Sí, por enfermedad que requirió 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. Sí, por otra razón
9. No → **Pasa a s28**
99. No sabe / No recuerda → **Pasa a s28**

s27.b. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado por ese problema o condición de salud?

Para intervención quirúrgica ambulatoria registre 1 día. Si no sabe o no recuerda registre 999

s27.c. ¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica por ese problema o condición de salud?

MOSTRAR TARJETA S27C “ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL TERCIARIO”

Lea alternativas

1. Hospital Público o del SNSS
2. Clínica u Hospital Privado
3. Hospital de las FF.AA o del Orden
4. Hospital de Mutualidades
5. Otro
9. No sabe / No recuerda

s27.d. ¿Tuvo que hacer algún pago por la hospitalización (o intervención quirúrgica)?

MOSTRAR TARJETA S27D

“FORMAS DE PAGO NIVEL TERCIARIO”

Registre la forma de pago principal. Lea alternativas

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. Sí, parcial. Otra forma de pago
9. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS
10. No, gratuito por cobertura AUGE-GES según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (Sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito. Otra forma de gratuito
99. No sabe / No recuerda

s28. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por...?

MOSTRAR TARJETA S28 “CONDICIONES DE SALUD”

Lea alternativas.

Registre la más importante

1. Hipertensión arterial
2. Urgencia odontológica
3. Diabetes
4. Depresión
5. Infarto agudo al miocardio
6. Cataratas
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8. Leucemia
9. Asma bronquial moderada o grave
10. Cáncer gástrico
11. Cáncer cérvico uterino
12. Cáncer de mama
13. Cáncer de testículo
14. Cáncer de próstata
15. Colectomía preventiva
16. Insuficiencia renal crónica terminal
17. Accidente cerebral isquémico
18. Cáncer colorectal
19. Trastorno bipolar
20. Lupus
21. Otra condición de salud
22. No ha estado en tratamiento por ninguna condición de salud anterior
99. No sabe / No recuerda

s27 Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas

Alternativas 21, 22, 99 → Pasan a s31

	s27.a	s27.b	s27.c	s27.d	s28
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todas las personas					Personas de 6 a 14 años						
<p>s29. Este tratamiento médico, ¿fue cubierto por el sistema AUGE-GES?</p> <p>1.Sí 2.No 9.No sabe / No recuerda</p> <p><i>Alternativas 1 y 9 → Pasan a s31</i></p> <p>s30. ¿Por qué este tratamiento médico no fue cubierto por el sistema AUGE-GES?</p> <p>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-GES, para solucionar su problema con mayor rapidez 3. Pensó que la atención AUGE-GES podría ser de baja calidad 4. Su plan de salud cubría su necesidad mejor que el AUGE-GES 5. El trámite para acceder al AUGE-GES es muy difícil 6. El AUGE-GES no cubría las necesidades de la enfermedad 7. No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE-GES 8. No pertenezco al tramo de edad que está cubierto por el AUGE-GES 9. Su médico le recomendó no atenderse por el AUGE-GES 10. Otra razón</p>		<p>s31.a. ¿Tiene Ud. alguna de las siguientes condiciones permanentes y/o de larga duración?</p> <p> <i>Registre hasta 3 condiciones</i></p> <p>1. Dificultad física y/o de movilidad 2. Mudez o dificultad en el habla 3. Dificultad psiquiátrica 4. Dificultad mental o intelectual 5. Sordera o dificultad para oír aún usando audífonos 6. Ceguera o dificultad para ver aún usando lentes 7. No tiene ninguna condición de larga duración</p>			<p>Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayudan.</p> <p>s32. Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para:</p> <p>MOSTRAR TARJETA S32-S33 "GRADO DE DIFICULTAD"</p> <p> <i>Lea alternativas</i></p> <p>a) Comer (incluyendo cortar comida y llenar vasos) b) Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina) c) Moverse/desplazarse dentro de la casa d) Utilizar el W.C. o retrete e) Acostarse y levantarse de la cama f) Vestirse</p> <p>1. Ninguna 2. Leve 3. Moderada 4. Severa 5. Extrema/no puede hacerlo</p>						
					Condición permanente						
					Comer	Bañarse	Moverse	Utilizar W.C.	Acostarse	Vestirse	
s29	s30	s31.1	s31.2	s31.3	s32.a	s32.b	s32.c	s32.d	s32.e	s32.f	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO S: Salud

Personas de 15 años o más

Las siguientes preguntas son acerca de dificultades que pudiera tener para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayuden.

s33.1. Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para:

MOSTRAR TARJETA S32-S33 "GRADO DE DIFICULTAD"

Lea alternativas

- a) Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos)
- b) Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)
- c) Moverse /desplazarse dentro de la casa
- d) Utilizar el W.C. o retrete
- e) Acostarse y levantarse de la cama
- f) Vestirse
- g) Salir a la calle
- h) Hacer compras o ir al médico
- i) Realizar sus tareas del hogar
- j) Hacer o recibir llamadas

- 1. Ninguna
- 2. Leve
- 3. Moderada
- 4. Severa
- 5. Extrema /no puede hacerlo

Sólo para ítem (s33.1= 2,3,4 o 5)

s33.2. Y considerando sólo su estado de salud, ¿con qué frecuencia recibe ayuda de otra persona para (mencione ítem)...

MOSTRAR TARJETA S33.2 "FRECUENCIA DE AYUDA"

Lea alternativas

- 1. Nunca
- 2. Casi nunca
- 3. Algunas veces
- 4. Muchas veces
- 5. Siempre
- 9. No sabe / No responde

CASEN 2017

	Comer		Bañarse		Moverse		Utilizar WC		Acostarse		Vestirse		Salir		Hacer compras		Tareas Hogar		Llamadas	
	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda	Dificultad	Ayuda
	s33.a	s33.b	s33.c	s33.d	s33.e	s33.f	s33.g	s33.h	s33.i	s33.j	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personas de 15 años o más	Personas de 12 años o más
---------------------------	---------------------------

<p>Ch4. Chequeo de situación de dependencia</p> <p>1. Si s33.2 (a...j) = 2, 3, 4 o 5 → Pasa a s34.a</p> <p>2. Si s33.2=1 para todas las actividades → Pasa a s0</p> <p>3. Si s33.1=1 para todas las actividades → Pasa a s0</p>	<p><i>Sólo si responde 2, 3, 4 o 5 en s33.2a,..... o s33.2j</i></p> <p>s34a. Debido a su estado de salud, ¿alguna persona del hogar le presta ayuda para realizar esta(s) actividad(es)?</p> <p>1. Sí → Pasa a s34.b 2. No → Pasa a s34.c</p> <p>s34.b. ¿Quién?</p> <p> Registre "orden" y "Nombre" de quien presta la ayuda</p> <p> En caso de existir más de un cuidador, registre información del cuidador principal</p> <p>s34.c. ¿Y alguna persona externa al hogar le presta ayuda con estas actividades debido a su estado de salud?</p> <p>1. Sí, en forma remunerada 2. Sí, en forma no remunerada 3. No</p>	<p>s0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Salud?</p> <p> Registre por observación</p> <p>1. Contesta al menos una pregunta 2. Presente, pero no contesta 3. No está presente</p>
---	--	---

ch4	s34.a	s34.b		s34.c	s0	
		Orden	Nombre			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

MÓDULO R: Identidades, redes y participación

Todas las personas

r1.a. ¿Cuál es la nacionalidad de [NOMBRE]?

1. Chilena (exclusivamente)
2. Chilena y otra (doble nacionalidad)
3. Otra nacionalidad (extranjeros). Especifique país


r1.b. Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?

1. En esta comuna
2. En otra comuna de Chile. Especifique ¿cuál comuna?
3. En otro país. Especifique ¿cuál país? → *pasa r1.c*
9. No sabe

Alternativas 1, 2 y 9 → pasan r2

r1.c. ¿En qué año llegó usted al país?

 Si no sabe o no recuerda registre 9999

 Sí, r1c=9999 → Registre el período, si no sabe el año exacto en columna r1c.p.

1. Año 1989 o antes
2. Entre año 1990 y año 1999
3. Entre año 2000 y año 2004
4. Entre año 2005 y año 2009
5. Entre año 2010 y año 2014
6. Año 2015 o después
9. No sabe

CASEN 2017

	r1.a	r1.a Especifique	r1.b	r1.b Especifique	r1.c Año	r1c.p
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Todas las personas

r2. ¿En qué comuna o país vivía hace 5 años (2012)?

1. Aún no nació
2. En esta comuna
3. En otra comuna de Chile. Especifique ¿cuál comuna?
4. En otro país. Especifique ¿cuál país?
9. No sabe

r3. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos?

 *Lea alternativas*

1. Aimara
2. Rapa-Nui o Pascuenses
3. Quechua
4. Mapuche
5. Atacameño (Likan-Antai)
6. Collas
7. Kawashkar o Alacalufes
8. Yámana o Yagán
9. Diaguita
10. No pertenece a ningún pueblo indígena → *Pasa a r6*

r4. ¿Habla o entiende algunas de las siguientes lenguas: Aimara, Rapa-Nui, Quechua, Mapudungun, Kawashkar o Yagán?

1. Habla y entiende
2. Sólo entiende
3. No habla ni entiende → *Pasa a r6*

r5. ¿Cuál?


1. Aimara
2. Rapa-Nui
3. Quechua
4. Mapudungun
5. Kawashkar
6. Yagán

r2	r2. Especifique	r3	r4	r5	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10


MÓDULO R: Identidades, redes y participación

Personas de 10 años o más

r6. En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado?

MOSTRAR TARJETA R6  "ORGANIZACIONES SOCIALES"

 *Lea alternativas.*

 *Registre la más importante*

1. Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité de aguas, comité de allegados, otros)
2. Club deportivo o recreativo
3. Organización religiosa o de iglesia
4. Agrupaciones artísticas o culturales (grupo folclórico, de teatro, de música, de baile, de danza, otros)
5. Grupos de identidad cultural (asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, otros)
6. Agrupaciones juveniles o de estudiantes (scout, centros de alumnos, otros)
7. Agrupaciones de mujeres (centros de madres, talleres de mujeres, organizaciones de mujeres y/o género, otros)
8. Agrupaciones de adulto mayor (club de adulto mayor, asistentes de centros de día, otros)
9. Grupos de voluntariado (bomberos, damas de colores, cruz roja, voluntarios en instituciones de caridad, otros)
10. Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, hipertensos, obesos, alcohólicos anónimos, personas con discapacidad, grupos asociados a otros problemas de salud)
11. Agrupación ideológica (partido político)
12. Agrupación corporativa (sindicato, asociación gremial, colegio profesional, otros)
13. Centro de padres y apoderados
14. Otra. Especifique
15. No participa en ninguna organización o grupo

	r6	r6. Especifique
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMANTE IDÓNEO

r7. ¿Alguien en su hogar, conoce a una persona que...?

MOSTRAR TARJETA R7  "TIPO DE PERSONA CONOCIDA"

 *Registre respuesta para cada afirmación*

1. Sí, alguien fuera del hogar
2. Sí, alguien dentro del hogar
3. Ambas
4. No conoce
9. No sabe

a) Pueda ayudar en el cuidado en caso de enfermedad de algún miembro del hogar	<input type="checkbox"/>
b) Pueda ayudar en el cuidado de niños(as) o personas en situación de discapacidad o dependientes en el hogar	<input type="checkbox"/>
c) Pueda facilitar un vehículo si el hogar lo necesita	<input type="checkbox"/>
d) Pueda prestar dinero al hogar en caso de emergencia	<input type="checkbox"/>
e) Pueda ayudar al hogar a resolver consultas o realizar trámites legales o financieros	<input type="checkbox"/>
f) Pueda ayudar al hogar en el uso de tecnologías (computador, internet, etc.)	<input type="checkbox"/>
g) Pueda ayudar con reparaciones del hogar (gasfitería, mecánica, albañilería o artículos eléctricos)	<input type="checkbox"/>
h) Pueda ayudar a conseguir un trabajo a algún miembro del hogar (servir de referencias, información o contratar)	<input type="checkbox"/>
i) Pueda aconsejar a los miembros del hogar en caso de problemas personales o familiares.	<input type="checkbox"/>
j) Pueda hablar o escribir en otro idioma	<input type="checkbox"/>
k) Tenga educación profesional universitaria	<input type="checkbox"/>
<p>r8. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la alimentación de los integrantes de su hogar. Durante los últimos 12 meses, en algún momento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	
a) ¿Usted u otra persona en su hogar se preocupó por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero u otros recursos?	<input type="checkbox"/>
b) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar no pudo comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero u otros recursos?	<input type="checkbox"/>
c) Pensando en los últimos 12 meses, ¿alguna vez usted u otra persona en su hogar comió poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos?	<input type="checkbox"/>
d) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar tuvo que dejar de desayunar, almorzar, tomar once o cenar porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos?	<input type="checkbox"/>
e) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar comió menos de lo que pensaba que debía comer por falta de dinero u otros recursos?	<input type="checkbox"/>
f) Pensando en los últimos 12 meses, ¿alguna vez su hogar se quedó sin alimentos por falta de dinero u otros recursos?	<input type="checkbox"/>
g) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar sintió hambre y no comió por falta de dinero u otros recursos para obtener alimentos?	<input type="checkbox"/>
h) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar dejó de comer todo un día por falta de dinero u otros recursos?	<input type="checkbox"/>

INFORMANTE IDÓNEO

Jefe (a) de hogar

r9. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. o alguien de su hogar ha sido tratado injustamente o discriminado, fuera de su hogar debido a:...?

MOSTRAR TARJETA R9 "TRATO INJUSTO"

☞ Marcar "X" en todas las que corresponda.

- a) Nivel socioeconómico
- b) Ser mujer/ser hombre
- c) Su estado civil
- d) Su ropa
- e) Su color de piel
- f) Ser extranjero
- g) Su edad
- h) Su orientación sexual o identidad de género
- i) Tener tatuajes, piercing, perforaciones o expansiones
- j) Su apariencia física
- k) Sus creencias o religión
- l) Su ideología u opinión política
- m) Participar o no en sindicatos u organizaciones gremiales
- n) El lugar donde vive
- o) El establecimiento donde estudió
- p) Pertenecer a un pueblo indígena
- q) Su condición de salud o discapacidad
- r) Otro. Especifique

r9.r esp

s) No ha sido tratado injustamente o discriminado → **Pasa r11**

r10. ¿Me podría indicar el principal lugar dónde Ud. o algún miembro del hogar ha sido tratado injustamente o discriminado/a?

☞ No lea alternativas.
☞ Registre respuesta espontánea
☞ Marcar con X hasta 2 categorías

- a) En centro de salud
- b) En su barrio o vecindario
- c) En su trabajo
- d) Al buscar trabajo
- e) En su establecimiento educacional
- f) En instituciones públicas (Servicios públicos, Municipalidades, Gobernaciones, otros)
- g) En el transporte público
- h) En la vía pública
- i) Otro. Especifique:

r10.i esp

r11. Durante sus primeros 15 años de vida, ¿vivió la mayor parte del tiempo con alguno de sus padres?

- ☞ Lea alternativas
1. Sólo su padre
 2. Sólo su madre
 3. Ambos padres
 4. Su padre con pareja
 5. Su madre con pareja
 6. Ninguno de sus padres

r12. ¿Cuál fue el nivel de educación más alto alcanzado por...?
a. su madre (o figura materna)
b. su padre (o figura paterna)

- ☞ Lea alternativas
1. Nunca asistió
 2. Primaria o Preparatoria (sistema antiguo)
 3. Educación Básica
 4. Humanidades (sistema antiguo)
 5. Educación Media Científico-Humanista
 6. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (sistema antiguo)
 7. Educación Media Técnica Profesional
 8. Técnico Nivel Superior (carrera de 1 a 3 años)
 9. Profesional (carrera de 4 o más años)
 10. Postgrado
 77. No aplica
 99. No sabe

r13. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó...?

- a. su madre (o figura materna)**
b. su padre (o figura paterna)
- ☞ Si no sabe anote 99 en curso

Anote en jefe(a) de hogar

	r11	r12 Nivel Educacional		r13 Curso	
		a. Madre	b. Padre	a. Madre	b. Padre
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÓDULO R: Identidades, redes y participación

Jefe (a) de hogar

Personas de 5 años o más

r14. ¿Algún miembro de su hogar es dueño de algún vehículo de uso laboral o particular, en uso y funcionamiento?

1. Sí
2. No → *Pasa a r16*

r15. Su hogar, ¿cuántos vehículos de uso laboral o particular tiene en uso y en funcionamiento?

r16. Su hogar, ¿tiene en uso y funcionamiento...?

- a) Calefón (caldera eléctrica, calefactor solar, calefón a gas)
- b) Teléfono fijo
- c) Televisión pagada (TV cable/TV satelital/digital)
- d) Computador (PC, notebook, laptop, Tablet)
- e) Smart TV o televisión con internet

Anote para cada tipo

1. Sí
2. No

r17. ¿Tiene ud. o algún miembro de su hogar acceso a algún tipo de conexión pagada a Internet en la vivienda, independiente de si se usa o no?

MOstrar TARJETA R17 *“DISPOSITIVOS PARA ACCESO A INTERNET”*

Lea alternativas

- a) Banda ancha fija
- b) Banda ancha móvil (modem WiFi o USB)
- c) Teléfono móvil con plan de datos que permite conexión a Internet (smartphone)
- d) Tablet u otro dispositivo con plan de datos que permite conexión a Internet

1. Sí
2. No

Sí tiene conexión → Pasa a r19

r18. ¿Cuál es la razón principal por la que no tiene conexión pagada a Internet en su vivienda?

No Lea alternativas, registre respuesta espontánea (si declara más de una razón, debe anotar la que la persona considera más importante entre las mencionadas)

1. Por seguridad para evitar acoso a los niños
2. Por privacidad para evitar uso de información personal
3. Ningún miembro del hogar sabría utilizarla
4. No existe servicio donde vive
5. No le interesa
6. Alto costo del equipo o terminal
7. Alto costo del servicio de internet
8. Porque accede gratis a través de WIFI u otro sistema

Anote en jefe(a) de hogar

r19. ¿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 (servicio gratuito)
5. En lugares pagados (cibercafé, centro de llamados, etc)
6. En lugares con WIFI gratis
7. En movimiento (utilización de Internet durante un desplazamiento)
8. Otro
9. No lo usa → *Pasa a r22*

r20. ¿Con qué frecuencia usa Internet?

1. Al menos una vez al día
2. Al menos una vez a la semana
3. Al menos una vez al mes
4. Menos de una vez al mes






Anote en jefe(a) de hogar

Anote en jefe(a) de hogar

r17

	r14	r15	r16.a	r16.b	r16.c	r16.d	r16.e	a	b	c	d	r18	r19	r20
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

CASEN 2017

Personas de 5 años o más	Personas de 18 años o más (PRESENTES)	Personas de 12 años o más
<p>r21. ¿Usó Internet en los últimos 12 meses para...?</p> <p>a) Obtener información utilizando buscadores como Google y otros</p> <p>b) Informarse por prensa digital o redes sociales</p> <p>c) Comunicación por email o correo electrónico</p> <p>d) Comunicación por redes sociales como Facebook, Twitter y otros</p> <p>e) Entretenimiento (video juegos, películas, música, radio o televisión por la web)</p> <p>f) Compra y venta de artículos y/o servicios por Internet</p> <p>g) Operaciones de banca electrónica como revisión de estados de cuentas y transferencias electrónicas</p> <p>h) Actividades de educación formal y capacitación como cursos en línea o bajar material de cursos de páginas web de universidades institutos u otros</p> <p>i) Trámites en línea con instituciones del Estado como certificados de nacimiento u otros con instituciones públicas</p> <p>j) Trámites en línea con empresas privadas como agendar una cita al médico o solicitar cotizaciones de servicios</p> <p> <i>Registre para cada tipo</i></p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>r22. ¿Tiene Ud. teléfono móvil en funcionamiento y en uso?</p> <p>1. Sí, prepago</p> <p>2. Sí, contrato</p> <p>3. Sí, prepago y contrato</p> <p>4. No</p>	<p>A continuación le voy a hacer unas preguntas relacionadas con orientación sexual e identidad de género.</p> <p>Le informo que sus respuestas serán confidenciales y usadas solo con fines estadísticos.</p> <p>Se entiende por <u>Orientación Sexual</u> la atracción que una persona puede tener hacia el sexo puesto (heterosexual), el mismo sexo (homosexual) o hacia ambos (bisexual).</p> <p>r23. ¿Cuál de estas alternativas define mejor su orientación sexual?</p> <p>MOSTRAR TARJETA R23  “ORIENTACIÓN SEXUAL”</p> <p> <i>Lea alternativas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Heterosexual (Atracción hacia el sexo opuesto) Gay/Lesbiana (Atracción hacia el mismo sexo) Bisexual (Atracción hacia ambos sexos) Otra. <u>Especifique</u> <p>La <u>Identidad de Género</u> hace referencia a cómo la persona se siente o se identifica respecto de su género (masculino o femenino), y esto puede concordar o no con su sexo biológico.</p> <p>r24. En cuanto a su género, ¿usted se identifica como?</p> <p> <i>Lea alternativas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Masculino Femenino Transgénero (Trans masculino y femenino) Otro. <u>Especifique</u> 	<p>r0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Identidades, redes y participación?</p> <p> <i>Registre por observación.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Contesta al menos una pregunta Presente, pero no contesta No está presente

r21											r22	r23	r23.4 Especifique	r24	r24.4 Especifique	r0
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j							
																1
																2
																3
																4
																5
																6
																7
																8
																9
																10

MÓDULO V: Vivienda y Entorno

 Registre por observación

v1. ¿Cuál es el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado?

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, mejora o vivienda de emergencia
8. Vivienda tradicional indígena
9. Rancho o choza
10. Vivienda precaria de materiales reutilizados (latas, plásticos, cartones, etc.)

v2. ¿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, acero, 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)

 Registre por observación. Sólo pregunte si no es observable

v3. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación de los muros?

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

v4. ¿Cuál es el material que predomina en el piso de la vivienda?

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


 Registre por observación. Sólo pregunte si no es observable

v5. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación del piso de la vivienda?

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

v6. ¿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.)
4. Planchas de fibrocemento (pizarreño)
5. Fonolita o plancha de fieltro embreado
6. Paja, coirón, totora o caña
7. Materiales precarios o de desecho
8. Sin cubierta en el techo

 Registre por observación. Sólo pregunte si no es observable

v7. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación del techo de la vivienda?

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

v8. ¿Cuántas viviendas hay en el sitio?

 Marque "cero viviendas" en caso de departamento, conventillo u otra forma de propiedad compartida del terreno

v9. Su hogar, ¿bajo qué situación ocupa el sitio?

1. Propio pagado
2. Propio pagándose
3. Propio compartido (pagado) con otras viviendas del sitio
4. Propio compartido (pagándose) con otras viviendas del sitio
5. Arrendado con contrato
6. Arrendado sin contrato
7. Cedido por servicio o trabajo
8. Cedido por familiar u otro
9. Usufructo (sólo uso y goce)
10. Ocupación irregular (de hecho)
11. Poseedor irregular


→ Pasa a v11

v10. ¿Cuál es la situación del título de propiedad o título de dominio de este sitio o inmueble?

1. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a nombre de algún integrante del hogar.
2. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a nombre de otra persona (no integrante del hogar).
3. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a nombre de una persona fallecida (sucesión).
4. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a nombre del Fisco de Chile.
5. No está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces.
9. No sabe

→ Pasa a v12

v11. ¿Quién es el propietario de la vivienda?

 Registre hasta 2 propietarios

Número de orden1:	<input type="text"/>
Nombre de pila1:	<input type="text"/>
Número de orden2:	<input type="text"/>
Nombre de pila2:	<input type="text"/>

v12. ¿Cuántos metros cuadrados tiene la vivienda?

No incluya: terrazas abiertas ni jardines, tampoco sótanos, desvanes, trasteros que no sean habitables

1. Menos de 30 m²
2. De 30 a 40 m²
3. De 41 a 60 m²
4. De 61 a 100 m²
5. De 101 a 150 m²
6. Más de 150 m²
9. No sabe → **Estimar metros cuadrados totales de la vivienda**

mts²

v13. Su hogar, ¿bajo qué situación ocupa la vivienda?

1. Propia pagada
2. Propia pagándose
3. Propia compartida (pagada) con otros hogares de la vivienda
4. Propia compartida (pagándose) con otros hogares de la vivienda
5. Arrendada con contrato
6. Arrendada sin contrato
7. Cedida por servicio o trabajo
8. Cedida por familiar u otro
9. Usufructo (sólo uso y goce)
10. Ocupación irregular (de hecho)
11. Poseedor irregular

} → **Pasa a v18**

} → **Pasa a v19**

v14. ¿En qué año compró o recibió la vivienda o el subsidio?

Registre año a 4 dígitos

v15. ¿Compró la vivienda con ayuda de algún programa habitacional o subsidio del Estado?

1. Sí, con subsidio habitacional (sin crédito) → **Pasa a v19**
2. Sí, con subsidio habitacional y crédito
3. No, sólo con recursos propios
4. No, la recibió de herencia o traspaso gratuito → **Pasa a v19**

v16. ¿Compró la vivienda con crédito hipotecario?

MOSTRAR TARJETA v16 "INSTITUCIÓN CRÉDITO HIPOTECARIO"

Lea alternativas

1. Sí, SERVIU (sólo viviendas adquiridas desde 1977 hasta 2001)
2. Sí, Banco Estado
3. Sí, banco privado
4. Sí, cooperativa
5. Sí, financiera u otra institución
6. No, sin crédito hipotecario → **Pasa a v19**

v17. ¿Cuánto paga (o debería pagar) de dividendo?

Monto mensual dividendo \$

→ **Pasa a v19**

v18. Su hogar, ¿cuánto paga de arriendo?

Monto mensual arriendo \$

v19. ¿Cuánto se paga de arriendo en este sector por viviendas similares a la suya?

Monto mensual estimado arriendo \$

v20. ¿De dónde proviene el agua de la vivienda?

1. Red pública con medidor propio
2. Red pública con medidor compartido
3. Red pública sin medidor
4. Pozo o noria
5. Río, vertiente, lago o estero
6. Camión aljibe
7. Otra fuente. ¿Cuál? Especifique

} → **Pasa a v22**

v20.7
esp

v21. ¿Cómo obtiene el agua...?

1. La recibe desde un Sistema de Agua Potable Rural (APR)
2. La recibe desde otro tipo de planta o sistema de distribución comunitario (con tratamiento)
3. La obtiene directamente desde una fuente natural (sin tratamiento)

v22. ¿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

v23. La vivienda donde usted 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

v24. La vivienda donde usted 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 la red pública y un generador propio o comunitario (solar, eólico o fósil)
5. Sí, sólo de un generador propio o comunitario (solar, eólico o fósil)
6. No dispone de energía eléctrica

MÓDULO V: Vivienda y Entorno

v25. Durante los últimos dos años (2015-2017), ¿ha realizado mejoras o transformaciones en la vivienda?

☞ Refiérase sólo a la mejora o transformación más importante

1. Sí, reparaciones estructurales de muros, techo o piso
2. Sí, tabiques interiores, forro interior, reparaciones no estructurales y otras terminaciones
3. Sí, urbanización del sitio, conexión a servicios domiciliarios (agua potable, alcantarillado, energía eléctrica)
4. Sí, reparación o mantenimiento de instalaciones de agua, gas, electricidad y alcantarillado.
5. Sí, mejoras en la aislación térmica
6. Sí, ampliaciones en la vivienda o construcción de piezas
7. No, no ha hecho nada → **Pasa a v27**

v26. ¿Cómo financió principalmente esa mejora o transformación?

☞ Refiérase sólo a la mejora o transformación más importante

1. Sólo con subsidio estatal.
2. Subsidio estatal, además de recursos propios y/o crédito
3. Con recursos propios y/o crédito (sin subsidio estatal)

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

☞ Registre el número de piezas de cada tipo en la vivienda.

a) Dormitorios (uso exclusivo para dormir)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Baño	<input type="text"/>	<input type="text"/>

v28. ¿Cuántos hogares hay en esta vivienda?

☞ Si hay un solo hogar → **Pasa a v33**

v29. ¿Su hogar es el principal de la vivienda?

1. Sí
2. No

v30. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupa su hogar en esta vivienda?

☞ Registre el número de piezas de cada tipo que ocupa su hogar.

a) Dormitorios (uso exclusivo para dormir)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Baño	<input type="text"/>	<input type="text"/>

v31. ¿Cuál es la principal razón para compartir esta vivienda con otro hogar?

☞ Hogares en viviendas con más de un hogar (v28>1)

1. Cuidar niños, enfermos, ancianos o personas con discapacidad
2. Para generar ahorros
3. Los ingresos no le permiten mantener una vivienda independiente
4. Razones de estudio
5. Razones laborales
6. Por emergencia
7. Prefiere vivir así o se siente cómodo
8. Costumbre o tradición familiar
9. Otra. Especifique

v31.9
esp

v32. ¿Está haciendo algo para vivir en una vivienda exclusiva para su hogar?

☞ Hogares en viviendas con más de un hogar (v28>1)

1. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de arriendo
2. Sí, está buscando una vivienda para arrendar
3. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de compra
4. Sí, está postulando o postuló a un subsidio para construcción de vivienda en sitio propio o compartido
5. Sí, está participando en un Comité, inscrito en la Municipalidad o entidad patrocinante
6. Sí, está ahorrando o solicitó crédito para comprar una vivienda
7. Sí otra cosa. Especifique
8. No, no está haciendo nada

v32.7
esp

v33. ¿Cuántos núcleos hay en este hogar?

☞ No preguntar: Traspase la información de pregunta h7 del Módulo de Registro

☞ Si hay un solo núcleo → **Pasa a v36**

v34. ¿Cuál es la principal razón para que los núcleos familiares que forman parte de este hogar compartan la misma vivienda?

☞ Hogares con más de un núcleo (v33>1)

1. Cuidar niños, enfermos, ancianos o personas con discapacidad
2. Para generar ahorros
3. Los ingresos no le permiten mantener una vivienda independiente
4. Razones de estudio
5. Razones laborales
6. Por emergencia
7. Prefiere vivir así o se siente cómodo
8. Costumbre o tradición familiar
9. Otra. Especifique

v34.9
esp

v35. ¿Alguno de los núcleos familiares que forman este hogar está haciendo algo para vivir en una vivienda exclusiva?

Hogares con más de un núcleo (v33>1)

1. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de arriendo
2. Sí, está buscando una vivienda para arrendar
3. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de compra
4. Sí, está postulando o postuló a un subsidio para construcción de vivienda en sitio propio o compartido
5. Sí, está participando en un Comité, inscrito en la Municipalidad o entidad patrocinante
6. Sí, está ahorrando o solicitó crédito para comprar una vivienda
7. Sí otra cosa. Especifique
8. No, no está haciendo nada

v35.7
esp

v36. ¿Qué combustible o fuente de energía usa habitualmente para...?

MOSTRAR TARJETA V36 "TIPO DE COMBUSTIBLE O FUENTE DE ENERGÍA"

Registre principal combustible o fuente de energía

1. Gas licuado (cilindro)
2. Gas por red (de cañería)
3. Parafina o petróleo
4. Leña o derivados (pellets, astillas o briquetas)
5. Carbón
6. Electricidad
7. Energía solar
8. No usa combustible o fuente de energía
9. No tiene sistema

	Combustible
v36a. Cocinar...	<input type="checkbox"/>
v36b. Calefacción...	<input type="checkbox"/>
v36c. Sistema de agua caliente...	<input type="checkbox"/>

v37. Del siguiente listado de servicios, ¿Su vivienda se encuentra a...?

Responda cada alternativa

1. Sí
2. No
9. No sabe

a) ¿Menos de 8 cuadras o 1 Km de un servicio de transporte público (paradero, estación)?	<input type="checkbox"/>
b) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un centro educacional (colegio o jardín infantil)?	<input type="checkbox"/>
c) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un centro de salud (atención primaria o nivel superior)?	<input type="checkbox"/>
d) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un supermercado, almacén o feria?	<input type="checkbox"/>
e) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un cajero automático o caja vecina?	<input type="checkbox"/>
f) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un equipamiento deportivo (centros deportivos, canchas, skatepark)?	<input type="checkbox"/>
g) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de áreas verdes (plazas o parques)?	<input type="checkbox"/>
h) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de equipamiento comunitario (centros vecinales, sedes sociales, biblioteca vecinal o centro cultural comunitario)?	<input type="checkbox"/>
i) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de una farmacia?	<input type="checkbox"/>

En su área de residencia, a una distancia de no más de quince minutos caminando desde su vivienda.

v38. ¿En el último mes, Ud. o alguien de su hogar, ha vivido o presenciado alguna de las siguientes situaciones...?

MOSTRAR TARJETA V38-V39 "FRECUENCIA"

Registre para cada alternativa

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Muchas veces
4. Siempre

a) Rayados u otros daños a casas o vehículos	<input type="checkbox"/>
b) Personas consumiendo drogas o alcohol en la vía pública	<input type="checkbox"/>
c) Personas traficando drogas en la vía pública	<input type="checkbox"/>
d) Personas peleando o amenazándose en la vía pública	<input type="checkbox"/>
e) Balaceras o disparos	<input type="checkbox"/>

MÓDULO V: Vivienda y Entorno

En su área de residencia, a una distancia de no más de quince minutos caminando desde su vivienda.

v39. ¿En los últimos 12 meses, Ud. o alguien de su hogar, ha vivido o presenciado alguna de las siguientes situaciones...?

MOSTRAR TARJETA V38-V39 "FRECUENCIA"

Registre para alternativa

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Muchas veces
4. Siempre

a) Contaminación acústica o ruidos molestos (tráfico de autos, aviones, maquinaria)	<input type="checkbox"/>
b) Contaminación del aire y/o malos olores	<input type="checkbox"/>
c) Contaminación en ríos, canales, esteros, lagos, tranques y embalses	<input type="checkbox"/>
d) Contaminación del agua proveniente de la red pública	<input type="checkbox"/>
e) Contaminación visual (construcciones, rayados, publicidad)	<input type="checkbox"/>
f) Acumulación de basura en calles, caminos, veredas o espacios públicos	<input type="checkbox"/>
g) Plagas de insectos, animales peligrosos o abandonados (termitas, cucarachas, roedores, murciélagos, perros, etc.)	<input type="checkbox"/>

v40. Durante los últimos 12 meses, ¿alguno de los siguientes desastres causó a su hogar alguna pérdida o daño (humana, económica, medios de subsistencia)?

Marcar solo el principal

MOSTRAR TARJETA V40 "DESASTRES"

1. Terremoto o tsunami
2. Inundación, aluvión o anegamiento
3. Sequía
4. Incendios forestales
5. Incendios iniciados dentro de la zona urbana o explosiones
6. Erupción volcánica
7. Derrumbes o deslizamientos de tierra
8. Heladas o nevazones
9. Emergencia sanitaria o desastre medioambiental (por ejemplo: marea roja, vertido de desechos químicos o industriales en el suelo, agua o aire, emisiones de gases tóxicos, etc.)
10. Otra. Especifique
11. No. No tuvo ninguna pérdida o daño a causa de desastres

v40.10
esp

v0.a. Quién (o quienes) responde(n) el módulo Vivienda y Entorno.

Registre número de orden de la persona

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

v0.b. ¿Dónde se produce la entrevista?

Registre por observación

1. En el interior de la vivienda
2. Fuera de la vivienda (Entrada del domicilio o vivienda, otro lugar)

Observaciones

Observaciones

Empty text area for observations.

Encuesta
CASEN 2017



Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales