

Dirección General de Estadística y Censos

Datos de identificación

CGP <input type="text"/>	Replica <input type="checkbox"/>	UP <input type="text"/>	Encuesta <input type="text"/>	Hogar n° <input type="text"/>
Calle <input type="text"/>	Nro. <input type="text"/>	Piso <input type="text"/>	Dto. <input type="text"/>	Hab. <input type="text"/>
Torre <input type="text"/>				
Código de miembro <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	
Respondente <input type="text"/>		Entrevista realizada	Si 1	No 2

Trabajo - Para todas las personas de 10 años o más

FILTRO 1: CONFRONTE EDAD

10 años o más → **Continuar con T 1**
9 años o menos → **A filtro 2 (pág. 7)**

T 1 ¿La semana pasada trabajó _____ por lo menos una hora?
Si 1 → **A pregunta T 7**
No 2

T 2 En esa semana ¿hizo alguna changa, fabricó en su casa algo para vender, ayudó a un familiar o amigo en su negocio?
Si 1 → **A pregunta T 7**
No 2

T 3 ¿La semana pasada.... (G-S)
(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)

no deseaba, no quería trabajar? 1 → **A pregunta T 13**
no podía trabajar por razones personales?
(estudio, cuidado hogar, etc) 2
no tuvo pedidos / clientes? 3 → **A pregunta T 9**
no tenía trabajo y quería trabajar? 4
tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? 5 → **A pregunta T 4**

T 4 ¿No concurrió a su trabajo por.... (G-S)

licencia, vacaciones o enfermedad? 1
otras causas personales (viajes, trámites, etc.)? 2 → **A pregunta T 28**
huelga o conflicto laboral? 3
suspensión de un trabajo en relación de dependencia? 4 → **A pregunta T 5**
otras causas laborales (rotura de equipo, falta de materias primas, mal tiempo, etc.)? 5 → **A pregunta T 6**

T 5 ¿Le siguen pagando durante la suspensión? (E-S)
Si 1 → **A pregunta T 28**
No 2 → **A pregunta T 9**
No sabe 3

T 6 ¿Volverá a ese trabajo a lo sumo en un mes? (E-S)
Si 1 → **A pregunta T 28**
No 2 → **A pregunta T 9**
No sabe 3

T 7	¿Recibe u obtiene algún pago por su trabajo (en dinero o en especie)?	Si 1 No 2	→ A pregunta T 30
T 8	¿Trabajó ... (G-S)	en el negocio, taller o actividad de un familiar, pariente o amigo? 1 como trabajador ad-honorem? (aprendiz, meritorio judicial, etc.) 2 de alguna otra forma? (especificar) 3 ↓	→ A pregunta T 30
T 9	Durante los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?	Si 1 No 2	→ A pregunta T 12
T 10	Durante esos 30 días ¿hizo algo para instalarse por su cuenta / puso carteles / consultó con parientes, amigos?	Si 1 No 2	→ A pregunta T 12
T 11	¿No buscó trabajo (ni hizo algo para trabajar) porque ... (G-S) (Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)	tenía un trabajo asegurado? 1 está suspendido y espera ser llamado? 2 se cansó de buscar trabajo? 3 por otras razones? (especificar) 4	→ A pregunta T 12 → A pregunta T 13
T 12	Si la semana pasada conseguía trabajo, ¿podía empezar a trabajar en ese momento (o a más tardar en dos semanas)?	Si 1 No 2	→ A pregunta T 15 → A pregunta T 13
T 13	En los últimos 12 meses ¿buscó trabajo?	Sí 1 No 2	
T 14	En los últimos 12 meses, ¿tuvo alguna ocupación con pago?	Si 1 No 2	→ A pregunta T 27 → A pregunta I 1
Para desocupados			
T 15	¿Cuánto hace que está buscando trabajo? (E-S)	Menos de 1 mes 1 De 1 a 3 meses 2 Más de 3 a 6 meses 3 Más de 6 a 12 meses 4 Más de 1 año 5	
T 16	¿Durante ese tiempo hizo algún trabajo/ changa?	Si 1 No 2	→ A pregunta T 17 → A pregunta T 18
T 17	¿Cuánto tiempo hace que terminó su último trabajo / changa? (E-S)	Menos de 1 mes 1 De 1 a 3 meses 2 Más de 3 a 6 meses 3 Más de 6 a 12 meses 4 Más de 1 año 5	→ A pregunta T 20

T 18	¿Ha trabajado alguna vez?	Si 1 → A pregunta T 19 No 2 → A pregunta I 1
T 19	¿En qué año dejó de trabajar en su última ocupación, changa, empleo?	Año en que dejó de trabajar..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
T 20	¿Ese trabajo _____ lo hacía (G-S)	para su propio negocio/ empresa/ actividad? 1 → A pregunta T 22 para el negocio/ empresa/ actividad de un familiar? 2 → A pregunta T 21 o para un patrón/ empresa/ institución? 3 → A pregunta T 23
T 21	¿Por ese trabajo... (G-S)	le pagaban sueldo (en dinero/ especie)? 1 → A pregunta T 23 retiraba dinero? 2 → A pregunta T 22 no le pagaban ni retiraba dinero? 3 → A pregunta T 23
T 22	¿En ese negocio/ empresa/ actividad, se empleaban personas asalariadas? (G-S)	Si, siempre 1 Sólo a veces o por temporadas. 2 No empleaba ni contrataba personal 3
T 23	¿A qué se dedicaba o qué producía el negocio/ empresa/ institución en la que trabajaba? <i>(Registre el producto principal que producía o los servicios que prestaba el establecimiento en el que trabajaba) (Para los trabajadores por cuenta propia, el establecimiento es la misma actividad que realizaban)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
T 24	¿Cuál era el nombre de su ocupación?	Nombre..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
T 25	¿Qué tareas realizaba en ella?	Tareas
T 26	¿Qué herramientas, maquinarias o equipos usaba?
Para desocupados e inactivos		
T 27	¿Cobra actualmente el seguro de desempleo?	Si 1 No 2 } → A pregunta I 1
Para Ocupados que no trabajaron en la semana de referencia		
T28	¿Cuántos empleos/ ocupaciones tiene? <i>(En el caso de tener más de un empleo, verifique que no haya trabajado en ninguno durante la semana pasada)</i>	Cantidad de empleos/ ocupaciones..... <input type="text"/> <input type="text"/>
T29	¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ ocupaciones?	Menos de 35 horas semanales 1 Entre 35 y 45 horas semanales 2 Más de 45 horas semanales 3
T29a	¿Quiere trabajar más horas?	Si 1 No 2 } → A pregunta T 35

Para Ocupados que trabajaron en la semana de referencia

T 30 ¿Cuántos empleos / ocupaciones tenía la semana pasada? Sólo una 1
Más de una 2

Ocupación Principal		Otras ocupaciones		Códigos para los que no trabajaron algún día de la semana
T 31 ¿En su ocupación trabajó... (si es más de una la que le lleva más horas)	T 31 a ¿Cuántas horas trabajó?	T 32 ¿En su/s otra/s ocupacion/es trabajó...	T 32 a ¿Cuántas horas trabajó?	
el domingo?	<input type="text"/>	el domingo?	<input type="text"/>	30: Enfermedad
el lunes?	<input type="text"/>	el lunes?	<input type="text"/>	31: Otra licencia con goce de sueldo
el martes ?	<input type="text"/>	el martes ?	<input type="text"/>	32: Falta de trabajo o suspensión
el miércoles ?	<input type="text"/>	el miércoles ?	<input type="text"/>	33: Feriados
el jueves ?	<input type="text"/>	el jueves ?	<input type="text"/>	00: (cero) En otras no incluidas en las anteriores (francos, nunca trabaja esos días)
el viernes ?	<input type="text"/>	el viernes ?	<input type="text"/>	
el sábado?	<input type="text"/>	el sábado?	<input type="text"/>	

T 33 La semana pasada ¿quería trabajar más horas? Si 1 → **A pregunta T 34**
No 2 → **A pregunta T 35**

T 34 Si hubiera conseguido más horas ¿podía trabajarlas esa semana? Si 1
(o a más tardar en dos semanas) No 2

Para todos los ocupados

T 35 En los últimos 30 días ¿buscó otra ocupación? Si 1 → **A pregunta T 36**
(Encuestador: debe buscar activamente otra ocupación) No 2 → **A pregunta T 37**

T 36 ¿Cuál es la razón por la que buscó otra ocupación o trabajo? (G-M)
Encuestador: siga leyendo aún cuando obtenga una respuesta positiva.

(Si menciona más de una, indague)

T 36a ¿Cuál es la más importante?

Porque gana poco, se atrasan en el pago 1	
Porque está insatisfecho con su tarea 2	
Porque la relación con su empleador es mala 3	
Porque cree que lo van a despedir (asalariados) 4	
Porque el trabajo que tiene se va a acabar 5	
Porque tiene poco trabajo (no asalariados) 6	
Por otras causas laborales (especificar) 7	<input type="text"/>
Por causas personales (especificar) 8	<input type="text"/>

36 a
Si es más de una, indague por la más importante y registre en este recuadro el código

Hablemos ahora de su única ocupación o de la que le lleva más horas

T 37 ¿A qué se dedica o qué produce el negocio, empresa o institución en la que trabaja? (E-A)
(Registre el producto principal que produce o los servicios que presta el establecimiento en el que trabaja) (Para los trabajadores por cuenta propia, el establecimiento es la misma actividad que realizan)

Si presta servicio doméstico en hogares particulares → **A pregunta T 49**

T 38 ¿Ese negocio/ empresa/ institución es....
(G-S)

estatal / pública? 1
privada? 2
de otro tipo? 3

T 39 ¿Dónde está ubicado ese negocio/empresa/ institución? (E-S)	Ciudad A. de Bs. As. 1 → (<i>Indagar dirección</i>) Partidos del Gran Bs. As. 2 Calle _____ Otro Lugar (Especificar) 3 al _____ _____ o Calles que cortan _____ No tiene un lugar fijo de trabajo 4 o CGP (con mapa) ____ ____
T 40 ¿Cuántas personas trabajan allí? (E-S)	Una persona 1 De 2 a 5 personas 2 De 6 a 40 personas 3 Más de 40 personas 4 No sabe 9 → ¿Hasta 40? 5 ¿Más de 40? 6
T 41 ¿Cuál es el nombre de su ocupación?	Nombre _____
T 42 ¿Qué tareas realiza en ella?	Tareas
T 43 ¿Qué herramientas, maquinarias o equipos usa?
T 44 ¿Ese trabajo _____ lo hace (G-S)	para su propio negocio / empresa / actividad? 1 → A pregunta T 46 para el negocio / empresa / actividad de un familiar? ... 2 → A pregunta T 45 o para un patrón / empresa / institución? 3 → A pregunta T 49
T 45 ¿Por ese trabajo... (G-S)	le pagan sueldo (en dinero/ especie)? 1 → A pregunta T 49 retira dinero? 2 → A pregunta T 46 no le pagan ni retira dinero? 3 → A pregunta T 53
T 46 ¿En ese negocio/ empresa/ actividad, se emplean personas asalariadas? (G-S)	Si, siempre 1 Sólo a veces o por temporadas 2 No emplea ni contrata personal 3
T 47 ¿Ese negocio/ empresa, trabaja ...(G-S)	siempre para el mismo cliente? (personas / empresas) . 1 → A pregunta T 48 para distintos clientes? (incluye público en general) 2 → A pregunta T 53
T 48 ¿Ese cliente es...(G-S)	una empresa / negocio/ institución? 1 → A pregunta T 49 una familia / hogar? 2 → A pregunta T 53
T 49 ¿Ese trabajo tiene tiempo de finalización? (E-S)	Si (temporario, contrato por obra, etc.) 1 No (permanente, fijo, estable, etc.) 2 Ns / Nc 3

T 50 ¿En esa ocupación... (G-M)	a tiene vacaciones pagas?	Si 1	No 2
	b le pagan aguinaldo?	Si 1	No 2
	c tiene días pagos por enfermedad o accidente?	Si 1	No 2
	d tiene indemnización por despido?	Si 1	No 2
	e le descuentan para una obra social?	Si 1	No 2
	f le pagan salario familiar?	Si 1	No 2
T 51 ¿En ese trabajo... (G-S)	le descuentan para la jubilación?	1	
	aporta por si mismo para jubilación?	2	
	no le descuentan ni aporta?	3	
T 52 ¿Recibe además como pago.... (G-M)	a comida en el lugar de trabajo?	Si 1	No 2
	b vivienda o alquiler para la vivienda?	Si 1	No 2
	c tickets de comida o de compra?	Si 1	No 2
T 53 ¿Cuánto gana en esa ocupación? (o si es nuevo) ¿Cuánto arregló que le paguen?	Ingreso de la ocupación.... \$ _____	por días	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Si es trabajador sin pago marque.....	1	mensual <input type="text"/> <input type="text"/>
T 54 ¿Participa o participó en algún programa de empleo tal como <i>Trabajar, Jefe/jefa de hogar</i> etc.? (G-S)	Si, participa actualmente	1	
	Si, participó	2	
	No	3	
Ingresos			
Ahora vamos a hablar de los ingresos totales (Recuerde que si tiene más de 1 ocupación debe registrar todos los ingresos)			
I 1 Hablemos de los ingresos que percibió durante el mes pasado. Por ese mes ¿Tuvo algún ingreso en efectivo por trabajo?	Si	1	
	No	2	→ A pregunta I 3
I 2 En el mes pasado ¿Podría decirme cuáles fueron sus ingresos por trabajo, en efectivo, en todas sus ocupaciones? <i>(Incluye gratificaciones / bonificaciones no habituales, sueldo asignado como ganancia de patrón)</i>	Total Ingresos	1	\$ _____
	Tickets	2	\$ _____
I 3 (Aparte de sus ingresos por trabajo) ¿Recibió ingresos en el mes pasado por <i>Encuestador: Siga leyendo aún cuando obtenga alguna respuesta positiva.</i>	jubilación o pensión?	1	\$ _____
	alquileres, rentas o intereses?	2	\$ _____
	utilidades, beneficios o dividendos?	3	\$ _____
	seguro de desempleo?	4	\$ _____
	indemnización por despido?	5	\$ _____
	becas de estudio?	6	\$ _____
	cuotas por alimentos?	7	\$ _____
	aportes de personas que no viven en el hogar?	8	\$ _____
	plan jefas y jefes?	9	\$ _____
	algún otro ingreso? (en dinero) (especificar) _____	10	\$ _____
	Total Ingresos		\$ _____
No tuvo ningún ingreso de este tipo	99		

FILTRO 2: CONFRONTE EDAD3 años o más → **A pregunta E 1**Menores de 3 años → **A pregunta M 1** (pág. 9)**Educación - para personas de 3 años o más**

E 1 ¿Sabe leer y escribir? Si.....1
No.....2

E 2 ¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo? (G-S) Asiste.....1 → **A pregunta E 3**
No asiste pero asistió 2 → **A pregunta E 9**
Nunca asistió..... 3 → **A pregunta E 15**

Para personas que asisten a un establecimiento educativo

E 3 ¿Este establecimiento educativo está en.. (G-S)
Ciudad A. de Bs.As.?1] → **E 3 a** ¿A qué distancia de su casa? (E-S)
en Partidos del Gran Bs. As.?.....2 Hasta 10 cuadras 1
en otro lugar3 De 11 a 20 cuadras..... 2
Más de 20 cuadras 3

E 4 ¿El establecimiento al que asiste actualmente es.... (G-S) estatal / público ?.....1
privado religioso (cualquier credo)?..... 2
privado no religioso?.....3

E 6 ¿Qué nivel está cursando actualmente? (E-S con indagación)
Jardín (3-4).....1] → **A pregunta M 1**
Preescolar (5 años)..... 2
Primario (1 a 7 grado)..... 3
EGB (1 a 9 año)..... 4
Secundario / medio 7 → **E 7** ¿En este nivel, repitió alguna vez algún grado/ año?
Polimodal11 Si 1
Primario Especial 5 No 2
Otras escuelas especiales no primarias..... 6 No sabe 3
Primario Adultos 15
Secundario Adultos.....10
Terciario / Superior no universitario 12
Universitario 13
Postgrado 14

E 8 ¿Cuál es el grado / año que está cursando actualmente? (E-S) 1 2 3 4 5 6] → **A pregunta M 1**
7 8 9 CBC (11)

Para personas que no asisten pero asistieron

E 9 ¿Qué edad tenía cuando dejó los estudios? Edad..... []
Si no recuerda la edad, ¿en qué año? Año []

E 10 ¿El último establecimiento educativo al que concurrió era... (G-S) estatal / público?..... 1
privado?..... 2

E 11 ¿Por qué dejó de estudiar ? (E-M)

(Si menciona más de una, indague)

E 11a ¿Cuál es la más importante?

- Terminó los estudios 1
- Casamiento, embarazo, cuidado de hijos 2
- Por trabajo o problemas económicos 3
- Le resultaba difícil, le costaba estudiar 4
- Por el costo de la movilidad, del transporte 5
- Por el costo de la cuota o los gastos de la escuela .. 6
- No había escuela en la zona, no había vacantes 7
- Enfermedad, accidente, discapacidad 8
- No le gustaba, no tenía interés en estudiar 9
- Tuvo que cuidar a algún miembro del hogar 10
- La familia no lo mandó. Problemas familiares 11
- Problemas con la escuela (repitencia, expulsión, peleas, etc.) 12
- Inasistencias. Quedó libre 13
- Migración 14
- Algún otro motivo (especificar) 15
- | _____ |

E 11a
Si es más de una, indague por la más importante y registre en este recuadro el código

E 12 ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? (E-S con indagación)

- Jardín (3-4) 1
- Preescolar (5 años) 2
- Primario (1 a 7 grado) 3
- EGB (1 a 9 año) 4
- Secundario / medio 7
- Polimodal 11
- Primario Especial 5
- Otras escuelas especiales no primarias 6
- Primario Adultos 15
- Secundario Adultos 10
- Terciario / Superior no universitario 12
- Universitario 13
- Postgrado 14

→ **A pregunta M 1**

E 13 ¿Completó ese nivel?

- Si..... 1
- No..... 2

→ **A pregunta M 1**

E 14 ¿Cuál es el grado / año que aprobó en ese nivel? (E-S)

- 1 2 3 4 5 6 7
- 8 9 Ninguno (10) CBC (11)

→ **A pregunta M 1**

Para personas que nunca asistieron

E 15 ¿Por qué motivo no empezó la escuela primaria? (G-M)

Encuestador: siga leyendo aún cuando obtenga una respuesta positiva. (Si menciona más de una, indague)

E 15a ¿Cuál es la más importante?

- No había vacantes, no había escuelas en la zona 1
- Costo de movilidad, problemas de transporte 2
- Estaba enfermo o discapacitado 3
- Tenía que trabajar, ayudar en la casa 4
- Otro motivo (especificar) 5
- | _____ |
- Menor de 5 años 6

E 15 a
Si es más de una, indague por la más importante y registre en este recuadro el código

Migraciones - Para todas las personas

- M1** ¿En que lugar nació (lugar donde residía su madre cuando usted nació)? (E-S)
- | | | |
|--|---|--------------------|
| | En esta Ciudad 1 | } → A pregunta M 3 |
| | En la Pcia. de Buenos Aires (especificar partido/localidad) 2 | |
| | _____ | |
| | En otra provincia (especificar provincia) 3 | |
| | _____ | |
| | En otro país (especificar país) 4 | } → A pregunta M 2 |
| | _____ | |

- M 2** **Sólo para extranjeros**
¿En que año llegó al país? Año [] [] [] [] []

- M 3** **Para todas las personas**
¿Desde qué año reside en forma continua en esta Ciudad?
- | | | |
|--|-----------------------------|------------------|
| | Desde que nació 1 | → A pregunta S 1 |
| | Año [] [] [] [] 2 | → A pregunta M 4 |

- M 4** ¿Dónde vivía antes de ese año? (E-S)
- | | |
|--|---|
| | En la Pcia. de Buenos Aires (especificar partido/localidad) 1 |
| | _____ |
| | En otra provincia (especificar provincia) 2 |
| | _____ |
| | En otro país (especificar país) 3 |
| | _____ |

- M 5** ¿Cuál fue el motivo principal por el que vino a vivir a esta Ciudad? (E-S)
- | | |
|--|---|
| | Razones laborales 1 |
| | Acompañar o reunirse con su familia 2 |
| | Otras causas personales (estudiar, casarse, separarse, etc.) 3 |
| | Causas no personales (razones políticas, sociales, religiosas, étnicas, etc.) 4 |

Salud - Para todas las personas

- S 1** ¿Está afiliado a ... (G-M)
Encuestador: siga leyendo aún cuando obtenga una respuesta positiva)
- | | |
|--|---|
| | una obra social? 1 |
| | una mutual? 2 |
| | un plan de medicina pre-paga? 3 |
| | un sistema de emergencias médicas? 4 |
| | el Plan Médicos de Cabecera del GCBA? 5 |
| | (No leer) no tiene afiliación 6 |

- S 2** ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta a un médico clínico o a un especialista? (G-S)
Encuestador: recuerde que no se consideran a los odontólogos, a los psicólogos o psiquiatras, a los kinesiólogos o enfermeros, entre otros
- | | | |
|--|---|--------------------|
| | Hace seis meses o menos 1 | } → A pregunta S 6 |
| | Hace más de seis meses pero menos de un año 2 | |
| | De 1 a 2 años 3 | |
| | Más de 2 años 4 | |
| | No recuerda 5 | |
| | Nunca consultó 6 | |

<p>S 3 ¿En qué lugar realizó la última consulta? (E-S con indagación)</p>	<p>En un centro de salud / sala de salud (público) 1</p> <p>En consultorios de un hospital público 2</p> <p>En la sala de emergencias de un hospital público 3</p> <p>En un sanatorio / clínica / consultorio de hospital privado 4</p> <p>En un consultorio particular 5</p> <p>En un consultorio del programa "Médicos de Cabecera" 6</p> <p>En su domicilio 7</p> <p>En un sanatorio / clínica / mutual / consultorio de obra social 8</p> <p>En otro lugar (especificar) 9</p> <p> _____ </p>
<p>S 6 En el último mes ¿le indicaron / necesitó tomar cualquier tipo de medicamento?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2 → A pregunta S 8</p>
<p>S 7 ¿Quién se lo indicó o recetó? (E-S)</p>	<p>El médico 1</p> <p>El farmacéutico 2</p> <p>Se automedicó 3</p> <p>Otra persona 4</p>
<p>S 7a ¿Consumió todos los medicamentos que le indicaron o que necesitó?</p> <p>Si 1</p> <p>No 2</p>	<p>→ 7b ¿Por qué motivo? (E-S)</p> <p>No pudo pagarlo 1</p> <p>No quiso consumirlo 2</p> <p>Otros motivos (especificar) 3</p> <p> _____ </p>
<p>S 8 Durante este año ¿Estuvo al menos una vez internado?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2 → A pregunta S 12</p>
<p>S 9 ¿Cuál fue el motivo de la última internación? (E-S)</p>	<p>Enfermedad / problemas de salud 1</p> <p>Accidente 2</p> <p>Parto 3</p> <p>Cesárea 4</p> <p>Operación 5</p> <p>Otro (especificar) _____ . 6</p>
<p>S 10 ¿En qué lugar estuvo internado? (E-S)</p>	<p>En un hospital público 1</p> <p>En un sanatorio o clínica u hospital privado 2</p> <p>En un sanatorio o clínica de o. social / mutual 3</p> <p>En otro lugar (especificar) 4</p> <p> _____ </p>

S 12 En los últimos seis meses ¿Realizó alguna consulta odontológica?	Si 1 No 2	→ A pregunta S 12 a → A pregunta S 15
S 12 a ¿Cuál fue el motivo de la consulta? (G-S)	Por prevención 1 Por una urgencia 2 Por un tratamiento en curso 3 Por otro motivo (especificar) 4 _____	
S 13 ¿En qué lugar realizó la última consulta odontológica? (E-S)	En un centro odontológico / sala de salud (público) ... 1 En un hospital público 2 En un sanatorio o clínica u hospital privado 3 En un consultorio particular 4 En un instituto privado de urgencias odontológicas.. 5 En su domicilio 6 En otro lugar (especificar) 7 _____	
S 15 ¿Tiene alguna enfermedad crónica que requiera tratamiento continuo y controles periódicos, tales como hipertensión, diabetes, asma, etc.?	Si 1 No 2	→ A pregunta S 16 → A Filtro 3
S 16 ¿Cuál o cuales tiene? (E-M)	Enfermedades respiratorias 1 Artrosis, artritis, enfermedades reumáticas 2 Enfermedad cardíaca, cardiopatía congénita 3 Enfermedad renal 4 Enfermedad neurológica (Parkinson, Alzheimer, etc.) 5 Diabetes 6 Tumor maligno (Cáncer, Leucemia) 7 Hipertensión arterial 8 Otras (especificar) 9 _____	
FILTRO 3: CONFRONTE EDAD		
	Mujeres de 14 años o más Varones de 60 años o más Resto	→ A pregunta S 25 → A pregunta S 33 → Fin de entrevista
Para mujeres de 14 años y más		
S 25 ¿Cuánto tiempo pasó desde que se hizo el último papanicolau? (E-S)	Menos de 1 año 1 De 1 a 3 años 2 Más de 3 años 3 No recuerda 4 Nunca lo hizo 5	
S 26 ¿Hizo alguna vez una mamografía?	Si 1 No 2	→ A pregunta S 28

S 27 ¿Cuánto tiempo pasó desde que se hizo la última mamografía? (E-S)	Menos de 1 año 1 De 1 a 2 años 2 Más de 2 años 3 No recuerda 4																																																																
S 28 ¿Tiene o tuvo hijos o hijas nacidos vivos?	Si.....1 No.....2 → A Filtro 4																																																																
S 29 ¿Cuántos hijos o hijas nacidos vivos tuvo en total?	Total de hijos nacidos vivos..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																
S 30 ¿Cuántos hijos o hijas están actualmente vivos?	Total de hijos actualmente vivos..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																
S 31 Año y mes de nacimiento del último hijo/ hija nacido vivo/ a	Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																
S 32 Nació de un embarazo	Simple 1 Múltiple 2 → Cantidad de nacidos vivos <input type="text"/>																																																																
FILTRO 4: CONFRONTE EDAD	Mujeres de 60 años o más → A pregunta S 33 Resto de mujeres → Fin de entrevista																																																																
Para todas las personas de 60 años y más																																																																	
S 33 Durante este año, ¿considera que su estado de salud ha sido ... (G-S)	muy bueno? 1 bueno? 2 regular? 3 malo? 4 muy malo? 5																																																																
S 34 ¿Con qué frecuencia necesita ayuda para realizar las siguientes actividades? (G-M)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Siempre</th> <th style="text-align: center;">A veces</th> <th style="text-align: center;">Nunca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Ducharse/ bañarse/ asearse 1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vestirse/ desvestirse 2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Peinarse/ afeitarse 3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Andar/ levantarse/ acostarse 4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Comer 5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Quedarse solo de noche 6</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Usar el teléfono 7</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hacer las compras 8</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan 9</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lavar la ropa (a mano/ a máquina) 10</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tomar un colectivo/ remis/ taxi 11</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Acordarse de tomar la medicación 12</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Subir 10 escalones 13</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Administrar dinero 14</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		1	2	3		Siempre	A veces	Nunca	Ducharse/ bañarse/ asearse 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestirse/ desvestirse 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peinarse/ afeitarse 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andar/ levantarse/ acostarse 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comer 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedarse solo de noche 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar el teléfono 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hacer las compras 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar la ropa (a mano/ a máquina) 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomar un colectivo/ remis/ taxi 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acordarse de tomar la medicación 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subir 10 escalones 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administrar dinero 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3																																																														
	Siempre	A veces	Nunca																																																														
Ducharse/ bañarse/ asearse 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Vestirse/ desvestirse 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Peinarse/ afeitarse 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Andar/ levantarse/ acostarse 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Comer 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Quedarse solo de noche 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Usar el teléfono 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Hacer las compras 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Lavar la ropa (a mano/ a máquina) 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Tomar un colectivo/ remis/ taxi 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Acordarse de tomar la medicación 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Subir 10 escalones 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Administrar dinero 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Fin de Cuestionario Individual																																																																	