

**I. PERSONAL RESPONSABLE**

Nombres del Encuestador (a)

Código del encuestador (a)

Nombres del supervisor (a)

Código del supervisor (a)

1. N° Casa Recorrido

2. Municipio

3. Aldea

4. Caserío

5. Barrio o colonia

6. El barrio o sector de la vivienda cuenta con:

Vía de acceso vehicular: 1.  Sí 2.  No

Trazado de calles: 1.  Sí 2.  No

7. Tipo de ficha

1.  Urbano

2.  Rural

7. N° de la primera ficha utilizado en esta vivienda

**II. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA**

9. Bloque

10. Hogar N°

 / 

11. Calle

12. Teléfono de domicilio

13. Teléfono celular

14. Referencia

15. ¿Cuántos hogares residen en esta vivienda?

16. Apellidos y Nombres del informante

Hogar: "Es una persona o grupo de personas, familiares o no, que ocupan la totalidad de una vivienda y que se ha asociado para compartir techo y comida".

**CONTROL DE CALIDAD**

VISITA	ENCUESTADOR	REVISITA	SUPERVISOR(A)	RESULTADO FINAL DEL LEVANTAMIENTO	(*) CÓDIGOS DE RESULTADO	"Confirmo que la información proporcionada es verídica y actual. Así mismo autorizo al Observatorio de Desarrollo Social, a utilizarla para los fines o programas que estime convenientes, incluyendo su almacenamiento, análisis, validación, socialización o procesamiento. Entiendo que el Gobierno se reserva el derecho a utilizar la información proveída en caso de detectarse alteraciones u omisiones de datos en la misma"	Firma o huella del Informante adecuado
Primera	FECHA (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>	Primera	FECHA (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>	FECHA (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>	1. Completa 2. Incompleta 3. Rechazo 4. Ausente 5. Vivienda desocupada 6. Otro especifique		
Segunda	FECHA (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>	Segunda	FECHA (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>	Resultado (*) <input type="text"/>			

**RM:** Respuesta Múltiple, esta opción será utilizada en aquellas respuestas donde exista más de una respuesta.

### III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

**NOTA:** (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo  que corresponda)

#### 1. Tipo de Vivienda

- Rancho (Bahareque, vara, caña, piso tierra, techo de paja, palma y similar).
- Vivienda improvisada.
- Cuarto en cuartería.
- Barracón.
- Apartamento.
- Casa independiente.
- Hacienda.
- Otro (Especifique) .

Si contestó la opción 5 ó 6, ¿Cuántas plantas, niveles o pisos tiene la vivienda?

--	--

#### 2. Su vivienda es:

- Alquilada.
- Propia y completamente pagada/Sin deuda.
- Propia y la esta pagando.
- Propia y recuperada legalizada/Invasión.
- Propia y recuperada sin legalizar/Invasión.
- Cedida sin pago/Prestada.
- Recibida por servicios de trabajo.
- Otro (Especifique).

Si contestó las opciones 2,3 ó 4, los documentos de propiedad de la vivienda son:

- Escritura pública.
- Dominio útil.
- Dominio pleno.
- Título comunitario.
- Documento privado autenticado y en trámite.
- Constancia patronato con personalidad jurídica.
- Punto de acta de corporación municipal.
- Contrato de compra/Venta.
- No tiene documentos.
- No sabe/No responde.

#### 3. El material predominante en las paredes es:

- Bahareque, vara o caña.
- Desechos.
- Madera natural.
- Adobe.
- Material prefabricado.
- La drillo, piedra o bloque.
- Madera aserrada (Machimbre) con valor agregado curadas.
- Lámina de zinc.
- Lámina de panelit/Tabla yeso.
- Otro (Especifique).

Condiciones o estado de las paredes

- Bueno. 2.  Regular. 3.  Malo.

¿Alguna pieza que utiliza para dormir o cocinar tiene paredes de bahareque, vara o caña o desechos?

- Sí. 2.  No.

#### 4. El material predominante en el techo es:

- Paja, palma o similar/Manaca.
- Material de desecho/ Plástico/ Cartón.
- Teja de barro.
- Madera.
- Lámina de zinc.
- Lámina de asbesto.
- Concreto.
- Aluzinc.
- Teja de cemento.
- Shingle.
- Euroteja/Arquiteja.
- Otro (Especifique).

Condiciones o estado del techo.

- Bueno. 2.  Regular. 3.  Malo.

¿Alguna pieza que utiliza para dormir o cocinar tiene techo de paja, palma similar o material de desecho?

- Sí. 2.  No.

#### 5. El material predominante en el piso es:

- Tierra.
- Madera natural.
- La drillo de barro.
- Plancha de cemento.
- La drillo de cemento.
- La drillo de granito.
- Cerámica.
- Madera aserrada (Machimbre) con valor agregado curadas.
- Porcelanato /Mosaicos/Azulejos.
- Otro (Especifique).

Condiciones o estado del piso

- Bueno. 2.  Regular. 3.  Malo.

¿Alguna pieza que utiliza para dormir o cocinar es de piso de tierra?

- Sí. 2.  No.

#### 6. ¿Cuál es el tipo de alumbrado que utiliza principalmente en su vivienda?

- Electricidad del servicio público.
- Vela.
- Kerosene/Candil o lámparas de gas.
- Ocote.
- Energía Solar/Paneles solares.
- Planta eléctrica.
- Foco o lámpara de mano.
- Servicio privado colectivo.
- Otro (Especifique) .

Si contestó la opción 1 ú 8, especifique:

Consumo KWH

--	--	--	--	--	--

¿Cuánto pagó por electricidad el mes pasado

L 

--	--	--	--	--	--	--	--

 . 

--	--

Clave del medidor

--	--	--	--	--	--

En las últimas dos semanas:

¿Cuántos días ha sido interrumpido el servicio de energía eléctrica?

--	--	--	--

 Días

¿Cuántas horas por día el hogar cuenta con el servicio de energía eléctrica?

--	--	--	--

 Horas

#### 7. El abastecimiento de agua en su vivienda es:

- servicio público. 2.  servicio privado.

#### 8. El abastecimiento de agua de su vivienda procede principalmente de:

- Red o servicio por tubería dentro de la vivienda.
- Red o servicio por tubería fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad.
- Pila o llave pública o comunitaria.
- Pozo malacate.
- Río, riachuelo, manantial, ojo de agua.
- Camión cisterna u otro similar.
- Pozo con bomba.
- La obtiene del vecino/Otra vivienda.
- Otro (Especifique).

¿Cuánto gastó en agua el mes pasado?

L 

--	--	--	--	--	--	--	--

 . 

--	--

Si contestó las opciones 3,4,5 ó 7 y el agua la obtiene fuera de la propiedad, esta se ubica a una distancia de:

- De 0 a 100 metros.
- A más de 100 metros.
- No sabe/No responde.

#### 9. En el último mes, ¿Qué tratamiento le dio frecuentemente al agua que utilizó para beber?

- La hierve .
- La cloran .
- La filtra.
- Compra de agua purificada.
- Sodificación solar (Sodis).
- Ninguno.
- Otro (Especifique),

#### 10. ¿Qué tipo de servicio sanitario utiliza?

- Inodoro conectado a red de alcantarillado.
- Inodoro conectado a pozo séptico.
- Inodoro sin conexión a pozo séptico ni alcantarillado.
- Letrina a rio, laguna, mar.
- Letrina con cierre hidráulico.
- Letrina a pozo séptico.
- Letrina a pozo negro.
- Letrina abonera.
- No tiene.
- Otro (Especifique).

Condiciones o estado del servicio sanitario

- Bueno. 2.  Regular. 3.  Malo.

#### 11. ¿Cuántas piezas tiene esta vivienda?

(No incluya baños, pasillos, ni garaje)

--	--

### IV. GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES

1. ¿Con qué intensidad cree que cada uno de los siguientes fenómenos afecte su hogar? (Marque con una X en la intensidad que corresponda a cada fenómeno; siendo 1 Muy baja y 5 Muy alta).

Fenómeno:

**RM**

- Sequía.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Incendios/Quemas.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Deslizamientos.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Huracanes/Tormentas/Inundaciones.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Marejadas.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Sismos.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Epidemias.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Otro

2. ¿Con qué intensidad cree que los fenómenos que ocurren más frecuentemente y con mayor impacto en su comunidad les afectan en su hogar en cada uno de los siguientes aspectos? siendo 1 Muy baja y 5 Muy alta.

Fenómeno:

**RM**

- Aspecto Económico .

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Aspecto Psicoemocional.

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Acceso a servicios (Agua, Electricidad, Educación, Salud, etc).

Intensidad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. En caso de que se presente un fenómeno climático en la comunidad que afecte su hogar, que acciones realizan:
- Existe comité de riesgo/emergencias CODEL o similar establecido en la comunidad.
  - Participa usted en el comité de riesgos/emergencias CODEL.
  - El comité implementa actividades efectivas de preparación y respuesta a emergencias y desastres.
  - No se realizan acciones.
  - No responde.
  - Ninguno.

6. ¿En qué pieza o sitio de la vivienda cocina los alimentos este hogar?
- En una pieza dedicada solo para cocinar.
  - En una pieza utilizada también para dormir.
  - En el patio corredor u otro sitio.
  - En la sala comedor.
  - No cocina.

7. ¿La cocina está separada por paredes del resto de la vivienda? 1.  Sí. 2.  No.

8. En el último mes, ¿Dónde almacenó los alimentos perecederos?
- Refrigerador.
  - Mueble.
  - Piso en balde, pailas, ollas, canastas.
  - Vecino.
  - No almacena.
  - Otro (Especifique).
- 

9. En el último mes, ¿Cómo eliminó, botó ó desechó, principalmente, la basura de este hogar?
- Recolección domiciliaria pública.
  - Recolección privada.
  - Deposita en contenedores.
  - La entierra, la quema.
  - Prepara abonos.
  - La tira en cualquier lugar.
  - Otro.
- Si contestó las opciones 4,5 ó 6, esto lo hace a una distancia de su vivienda de:
- De 0 a 100 Metros.
  - A más de 100 metros.
  - No sabe/No responde.

10. Bienes, enseres o servicios en uso que se encuentran dentro del hogar:
- |   |   |           |
|---|---|-----------|
| 1. <input type="radio"/> Estufa de gas.           | 13. <input type="radio"/> DVD.                                  | <b>RM</b> |
| 2. <input type="radio"/> Estufa eléctrica.        | 14. <input type="radio"/> Plancha eléctrica.                    |           |
| 3. <input type="radio"/> Refrigeradora.           | 15. <input type="radio"/> Radio.                                |           |
| 4. <input type="radio"/> Teléfono fijo.           | 16. <input type="radio"/> Fogón.                                |           |
| 5. <input type="radio"/> Licuadora.               | 17. <input type="radio"/> Bicicleta adulto.                     |           |
| 6. <input type="radio"/> Horno microondas.        | 18. <input type="radio"/> Aire AC.                              |           |
| 7. <input type="radio"/> Televisor a color.       | 19. <input type="radio"/> Vehículo.                             |           |
| 8. <input type="radio"/> Lavadora                 | 20. <input type="radio"/> Motocicleta.                          |           |
| 9. <input type="radio"/> Equipo de sonido.        | 21. <input type="radio"/> Teléfono celular.                     |           |
| 10. <input type="radio"/> Computadora.            | 22. <input type="radio"/> Eco-Fogón.                            |           |
| 11. <input type="radio"/> Internet.               | 23. <input type="radio"/> Cosechadora de agua/Membrana de agua. |           |
| 12. <input type="radio"/> Cable/Antena satelital. | 24. <input type="radio"/> Ninguno.                              |           |

11. ¿El hogar percibe ingresos a través de un microemprendimiento o negocio? 1.  Sí. 2.  No.
- Si contesto Sí, Especifique
- 

12. El Hogar posee otros terrenos, que pueden ser utilizados para construir vivienda:
1.  Sí. 2.  No.
- Si contestó Si, los documentos de propiedad del terreno son:
- Escritura pública.
  - Dominio útil.
  - Dominio pleno.
  - Título comunitario.
  - Documento privado autenticado y en trámite.
  - Constancia patrono con personalidad jurídica.
  - Punto acta de corporación municipal.
  - Contrato compra/venta.
  - No tiene documentos.
  - No sabe/No responde.

13. En los últimos 3 meses ¿Cuál es el ingreso mensual promedio del grupo familiar? **RM**
- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. <input type="radio"/> Ingreso por trabajo (LPS) | 4. <input type="radio"/> Bonos, programas del gobierno | 7. <input type="radio"/> Ayudas familiares   |
| <input type="text"/>                               | <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>                         |
| 2. <input type="radio"/> Remesas del Exterior      | 5. <input type="radio"/> Jubilación                    | 8. <input type="radio"/> Ayudas particulares |
| <input type="text"/>                               | <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>                         |
| 3. <input type="radio"/> Beca                      | 6. <input type="radio"/> Pensión                       | 9. <input type="radio"/> Otros especifique   |
| <input type="text"/>                               | <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>                         |

14. En los últimos 3 meses ¿Cuál es el egreso mensual promedio del grupo familiar?
- | Rubro   | Lempiras             |
|---|----------------------|
| 1. <input type="radio"/> Alimentos y bebidas.   | <input type="text"/> |
| 2. <input type="radio"/> Servicios de educación.  | <input type="text"/> |
| 3. <input type="radio"/> Vivienda y servicios de conservación (incluye alquiler).                     | <input type="text"/> |
| 4. <input type="radio"/> Cuidados de la salud.  | <input type="text"/> |
| 5. <input type="radio"/> Vestido y calzado.   | <input type="text"/> |
| 6. <input type="radio"/> Transporte.  | <input type="text"/> |
| 7. <input type="radio"/> Servicios públicos (agua, luz y teléfono).                                   | <input type="text"/> |
| 8. <input type="radio"/> Servicio de telefonía móvil (incluye equipo telefónico y plan de servicios). | <input type="text"/> |
| 9. <input type="radio"/> Cuidados personales, accesorios, efectos personales y otros gastos diversos. | <input type="text"/> |

15. ¿Algún miembro del hogar mantiene cuentas de ahorro?
1.  Sí 2.  No 3.  No sabe/No responde.

16. ¿Con qué tipo de servicios financieros cuenta el hogar?
- Caja rural.
  - Bancos comunales.
  - Banco comercial.
  - Cooperativa de ahorro y crédito.
  - Ninguno.
  - No sabe/No responde.
- RM**

17. ¿Algún miembro del hogar recibe remesas?
1.  Sí. 2.  No. 3.  No sabe/No responde.
- Si contestó Si, ¿Con qué frecuencia?
- Semanal.
  - Quincenal.
  - Mensual.
  - Cada 2 meses.
  - No sabe/No responde.
  - Otro (Especifique).
- 

18. ¿Algún miembro de este hogar pertenece a las siguientes organizaciones comunitarias? **RM**
- Patronatos.
  - Clubes juveniles.
  - Grupos de la iglesia.
  - Clubes deportivos.
  - Juntas de Agua.
  - Asociación de padres de familia.
  - Ninguno.
  - No sabe/No responde.
  - Otro especifique.
- 

**VI. SEGURIDAD CIUDADANA**

1. ¿En los últimos cinco años algún miembro de este hogar ha sido víctima de algún acto de violencia como los que a continuación se detallan? **RM**
- Asalto a mano armada.
  - Extorsión.
  - Amenaza a la vida.
  - Homicidio.
  - Despojo del patrimonio.
  - Violencia a lo interno del hogar.
  - Violencia Sexual.
  - Ninguno.
  - No sabe/ No responde.

**V. DATOS DEL HOGAR**

**NOTA:** (Rellene el o los óvalos que correspondan)

1. ¿Cuántas piezas utiliza el hogar para dormir?
- 
- 
- 

2. ¿Cuántas personas comen y duermen permanentemente en este hogar?
- |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Hombres              | Mujeres              | Total                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. ¿La Jefatura del hogar es compartida?
1.  Sí. 2.  No.

4. ¿Alguna persona que vivía en este hogar se encuentra viviendo en el extranjero?
- Sí.
- |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Hombres              | Mujeres              | Total                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- No.

5. ¿Qué combustible utiliza principalmente para cocinar?
- Leña.
  - Residuos.
  - kerosene (Gas).
  - Gas LPG.
  - Electricidad.
  - Otro (Especifique).
- 
- ¿Cuánto gastó en leña la semana pasada?
- L

2. ¿Cuáles son los principales factores generadores de violencia e inseguridad en su comunidad?

**RM**

- Presencia de maras y pandillas.
- Tráfico de drogas u otros.
- Escasa presencia de autoridades.
- Pobreza y marginación.
- Infraestructura física precaria.
- No sabe/ No responde.

3. ¿Con que frecuencia ocurren enfrentamientos armados entre grupos delincuenciales en la comunidad donde reside el hogar?

- Diario.
- Semanal.
- Mensual.
- Anual.
- Ninguno.
- No sabe/ No responde.

4. En los últimos 12 meses ¿Usted considera que la delincuencia en su comunidad?

- Ha aumentado.
- Ha disminuido.
- Se mantiene.

5. En los últimos 12 meses ¿Usted considera que su vida o la de su familia?

- Corre riesgo.
- No Corre riesgo.

6. Ha tenido que abandonar su lugar de origen o residencia por factores asociados a la violencia o inseguridad en su comunidad.

- Si.
- No.

**VII. SEGURIDAD ALIMENTARIA**

**NOTA:** (Rellene el o los óvalos  que correspondan)

En los últimos 30 días, ha habido algún momento en que:

1. ¿Usted o algún miembro del hogar se ha preocupado por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

2. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar no haya podido comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

3. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya comido poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

4. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya tenido que dejar de desayunar o almorzar o cenar por que no había suficiente dinero u otros recursos

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

5. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar no haya comido menos de lo que pensaba que debía comer por falta de dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

6. ¿Hubo alguna vez en que su hogar se haya quedado sin alimentos por falta de dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

7. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya sentido hambre, pero no comió por que no había suficiente dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

8. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya dejado de comer todo el día por falta de dinero u otros recursos?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

**VIII. PRODUCCIÓN AGROPECUARIA/GANADERA**

1. ¿El hogar usa tierras para cultivar y/o cría de animales?

- Sí.
- No.

Si su respuesta es No pase a la primera pregunta del siguiente capítulo.

2. ¿Cuál es la forma de tenencia de la tierra?

- Propia.
- Alquilada.
- Prestada.
- Ocupada.
- Privada.
- Cedida sin pago.
- Ejidal.
- Colectivo.
- No sabe/No responde.

Si contestó las opciones 7 y/u 8. ¿Tiene título comunitario certificado por la comunidad u/o organización?

- Sí.
- No.

3. ¿Cuál es la cantidad de tierra disponible?

Cantidad

Manzanas  Hectáreas  Tareas

4. ¿Cuál es el principal uso que le da a la tierra?

- Cultivos temporales.
- Cultivos permanentes.
- Pastos.
- En descanso.
- Cría de ganado y especies menores.
- Otro especifique.

Si en la pregunta 4 contesta cultivos temporales pasar a la pregunta 5 y si contesta cultivos permanentes pasar a la pregunta 6.

5. Si contestó en la pregunta 4, la opción 1. ¿Cuál es el tipo de producción temporal?

- Maíz.
- Frijoles.
- Arroz.
- Arvejas.
- Maicillo.
- Pepino.
- Berenjena.
- Vegetales.
- Ajonjolí.
- Lechuga.
- Papa.
- Cebolla.
- Chile.
- Tomate.
- Melón.
- Fresa.
- Sandía.
- Maracuya.
- Oca.
- Otros especifique.

6. ¿Cuál es el tipo de producción permanente?

- Café.
- Palma Aceitera.
- Rambután.
- Banano.
- Marañón.
- Guayaba.
- Durazno.
- Limón.
- Naranja.
- Pitahaya.
- Mandarina.
- Cacao.
- Plátano.
- Aguacate.
- Mango.
- Sábila.
- Ciruela.
- Piña.
- Toronja.
- Otros especifique.

7. De los siguientes animales actualmente ¿De cuáles dispone o son propiedad del hogar?

- Vacas.
- Toros.
- Bueyes.
- Novillos/Vaquillas.
- Terneros.
- Cerdos.
- Cabras.
- Ovejas.
- Gallos.
- Pollos de consumo.
- Gallinas ponedoras.
- Patos.
- Jolotes (pavo).
- Gansos.
- Otros especifique.
- Ninguno.

8. ¿Con qué fuente principal de agua cuenta para consumo de los animales?

- Agua por tubería.
- Arroyos.
- Ríos.
- Pozos.
- Otro especifique.

9. ¿Cuál es la distancia de la fuente de agua al lugar destinado para la cría de la especie animal?

- De 0 a 100 metros.
- A más de 100 metros.
- No sabe/No responde.

10. ¿A qué tipo de alimentación para la cría de animales, tiene fácil acceso?

RM

- Pasto.
- Sobrante de Cultivo (Frutas, Semillas...).
- Granos.
- Concentrados.
- Otros especifique.

11. ¿Con cuántos miembros del hogar cuenta para el cuidado de la especie animal?

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

12. ¿Han recibido capacitaciones, cursos o talleres sobre el cuidado que necesitan los animales?

- Si.
- No.
- No sabe.
- No responde.

### IX. ACCESO A LA TECNOLOGÍA

1. ¿El hogar tiene acceso a internet?

- Si.
- No.

Si responde la opción 1 pasar a la pregunta 3, si responde la opción 2 responder únicamente la pregunta 2

2. Si en la pregunta 1 respondió la opción 2 (No), ¿Por qué no tiene internet?

RM

- No necesita.
- Acceso a internet en otro lugar.
- Costo equipo demasiado elevado.
- Costo servicio demasiado elevado.
- Inquietudes en materia de seguridad y privacidad.
- Servicio no disponible en la zona.
- Servicio disponible pero no corresponde a las necesidades del hogar.
- Motivos culturales.
- Falta de contenido local.
- No hay electricidad.
- Otros motivos especifique.

3. Si en la pregunta 1 respondió la opción 1 (Si), ¿Con qué dispositivo cuenta?

RM

- Computadora de escritorio.
- Computadora portátil.
- Teléfono móvil inteligente (celular).
- Tableta.
- Televisor inteligente.
- Altavoces inteligente.
- Consolas de videojuegos.

4. ¿Cuál es el lugar de acceso a internet que tiene los miembros de el hogar?

RM

- Casa.
- Trabajo.
- Centro de estudio.
- Cyber o negocio de internet.
- Casa de un familiar o amigo.
- Restaurante o local con red inalámbrica gratuita.
- Red pública (parque, centro comunitario u otro lugar).

5. ¿Cuál es el modo de acceso a internet?

RM

- Red telefónica móvil (recarga prepago).
- Red telefónica móvil (Pos pago/ plan mensual).
- Red telefónica móvil (Modem USB).
- Internet fijo (plan mensual).
- Wi-fi gratis disponible en lugares públicos.
- Red de un vesino.
- Otro especifique.

6. ¿Cuál es el uso que le da al internet?

RM

- Obtener información de salud.
- Obtener información de organismos gubernamentales.
- Servicios de viajes o reservas de alojamiento.
- Descargar software o aplicaciones .
- Descargar revistas y libros.
- Leer noticias, revistas, libros.
- Enviar o recibir correo electrónico.
- Realizar llamadas telefónicas, incluyendo video llamadas.
- Participar en redes sociales .
- Participar en consultas o vacaciones por internet.
- Vender bienes o servicios.
- Comprar bienes o servicios.
- Operaciones bancarias por internet.
- Estudiar curso en línea.
- Buscar trabajo, presentar solicitudes de empleo.
- Escuchar radio y ver televisión.
- Descargar juegos.
- Crear contenido digital.
- Utilizar espacio de almacenamiento.
- Utilizar software por internet para editar documentos de texto, hojas de cálculo o presentaciones
- Jugar en línea.
- Escuchar música.
- Ver series, películas o videos.
- Clases virtuales.
- Teletrabajo.
- Otros.

7. ¿Cuál es la frecuencia de uso del internet?

- Al menos una vez por día.
- Al menos una vez a la semana, pero no todos los días.
- Al menos una vez al mes, pero no todas las semanas.
- Todos los días.

**X CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

Número de Documento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombres:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo de Documento:

- 1 Tarjeta de ID
- 2 Partida de Nacimiento
- 3 Carnet Extranjero
- 4 No inscrito
- 5 No sabe

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

Edad(años cumplidos)

--	--	--

Meses

--	--

Menos de 1 año

**SALUD**

(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(19)
Parentesco con el jefe(a) del hogar	¿De cuál se los siguientes grupos étnicos se considera?	Estado Civil (12 y más años)	Sexo asignado al nacer	Embarazada	En estado de Embarazo	¿Qué tipo de método anticonceptivo usa?	¿Dónde obtiene los métodos anticonceptivos?	¿Sobre cuáles de las siguientes enfermedades de transmisión sexual tiene conocimiento?	¿Usted se aplicó la vacuna contra el COVID-19?	¿Cuál es la razón de no vacunarse contra covid-19?
<input type="radio"/> 1 Jefe <input type="radio"/> 2 Cónyuge <input type="radio"/> 3 Hijo/a <input type="radio"/> 4 Yerno/Nuera <input type="radio"/> 5 Nieto/a <input type="radio"/> 6 Padres/Suegros <input type="radio"/> 7 Hermano/a <input type="radio"/> 8 Trabajador del hogar <input type="radio"/> 9 Otros parientes <input type="radio"/> 10 Otros no parientes <input type="radio"/> 11 Parientes de trabajadores del hogar <input type="radio"/> 12 Huéspedes	<input type="radio"/> 1 Garífuna <input type="radio"/> 2 Misquito <input type="radio"/> 3 Tawahka <input type="radio"/> 4 Pech <input type="radio"/> 5 Tolupán <input type="radio"/> 6 Maya Chortí <input type="radio"/> 7 Nahuatl <input type="radio"/> 8 Negro de habla Inglesa <input type="radio"/> 9 Lenca <input type="radio"/> 10 Ninguna de los Anteriores <input type="radio"/> 11 No sabe Habla su lengua materna (1-9) <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No	<input type="radio"/> 1 Soltero/a <input type="radio"/> 2 Casado/a <input type="radio"/> 3 Unión libre <input type="radio"/> 4 Separado/a <input type="radio"/> 5 Divorciado/a <input type="radio"/> 6 Viudo/a Su Cónyuge es el número <input type="text"/>	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2 ¿Cuántos hijos tiene? <input type="text"/> <input type="text"/> Número de orden de la madre biológica (De 0-18 años) <input type="text"/>	¿Meses de embarazo? <input type="text"/> <input type="radio"/> No sabe ¿Está en control de Embarazo? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No Si contestó opción 1(sí) ¿Número de controles que ha asistido? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> No sabe ¿Al momento del parto tiene planificado asistir a una unidad de salud? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe	<input type="radio"/> 1 Pastilla anticonceptiva combinada <input type="radio"/> 2 Pastilla de progesterona sola <input type="radio"/> 3 Dispositivo intrauterino (T de Cobre) <input type="radio"/> 4 Implante <input type="radio"/> 5 Inyección trimestral <input type="radio"/> 6 Inyección mensual <input type="radio"/> 7 Condón masculino <input type="radio"/> 8 Condón Femenino <input type="radio"/> 9 Parche anticonceptivo <input type="radio"/> 10 Esterilización femenina <input type="radio"/> 11 Esterilización masculina <input type="radio"/> 12 Método natural. ¿Cual? <input type="text"/> <input type="radio"/> 13 Ninguno. <input type="radio"/> 14 No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Hospitales Públicos <input type="radio"/> 2 Hospitales Privados <input type="radio"/> 3 Clínicas comunitarias <input type="radio"/> 4 Unidades de planificación familiar <input type="radio"/> 5 Farmacias o centros comerciales. <input type="radio"/> 6 Otros (Especifique) <input type="text"/> <input type="radio"/> 8 Ninguno <input type="radio"/> 9 No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Clamidia <input type="radio"/> 2 Herpes genital <input type="radio"/> 3 Gonorrea <input type="radio"/> 4 VIH/SIDA <input type="radio"/> 5 Virus del Papiloma Humano (VPH) <input type="radio"/> 6 Ladillas <input type="radio"/> 7 Sífilis <input type="radio"/> 8 Tricomoniasis <input type="radio"/> 9 Otras (Especifique) <input type="text"/> <input type="radio"/> 10 Ninguno <input type="radio"/> 11 No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe Si respondió Sí. (18) ¿Cuántas dosis se ha aplicado? <input type="radio"/> 1 Dosis <input type="text"/> <input type="radio"/> 2 Dosis <input type="text"/> <input type="radio"/> 3 Cantidad de refuerzos <input type="text"/> <input type="radio"/> 4 No sabe	<input type="radio"/> 1 Distancia del centro de Salud <input type="radio"/> 2 Poca confiabilidad en los resultados. <input type="radio"/> 3 Miedo a los efectos secundarios. <input type="radio"/> 4 No necesito vacunarme. <input type="radio"/> 5 Por recomendaciones médicas. <input type="radio"/> 6 Por motivos religiosos/culturales. <input type="radio"/> 7 Tengo fobia a las vacunas. <input type="radio"/> 8 Escases de vacunas en mi localidad <input type="radio"/> 9 Otro (Especifique) <input type="text"/> <input type="radio"/> 10 No sabe

**SALUD**

**NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS**

**PARA NIÑOS MENORES 5 AÑOS**

**EDUCACIÓN**

(20)	(21)	(22) RM	(23)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)
¿Cuándo usted se enferma, dónde es atendido?	¿Tiene diagnóstico médico de base?	Tipo de diagnóstico médico:	En el último año ha llevado al niño a controles de salud	¿Si contestó las opciones 1,2,3,4,5 o 6 ¿Dónde buscaron consejo o tratamiento?	¿El niño tiene completo su esquema de vacunación general?	¿Está recibiendo el niño estimulación temprana en un centro de cuidado infantil (Guardería, Day Care)	¿Sabe leer y escribir? (mayores de 3 años)	¿Está matriculado y asiste a un centro educativo? (de 3 años en adelante)	Nivel educativo, (1) ó (2) pase a 32	Ultimo año grado de estudio aprobado
<input type="radio"/> 1 Hospital público <input type="radio"/> 2 Hospital del IHSS <input type="radio"/> 3 Hospital Clínica/ médico privado <input type="radio"/> 4 Clínica materno infantil <input type="radio"/> 5 CLIPER <input type="radio"/> 6 CIS (CESAMO) <input type="radio"/> 7 UAPS (CESAR) <input type="radio"/> 8 Personal comunitario <input type="radio"/> 9 Curandero <input type="radio"/> 11 En el domicilio <input type="radio"/> 12 Policlínico <input type="radio"/> 13 No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/> No responde	<input type="radio"/> 1 Bajo peso <input type="radio"/> 2 Baja talla <input type="radio"/> 3 Obesidad <input type="radio"/> 4 Enfermedad respiratoria crónica <input type="radio"/> 5 Falcemia <input type="radio"/> 6 Enfermedad de la vista <input type="radio"/> 7 Epilepsia <input type="radio"/> 8 Diabetes <input type="radio"/> 9 Cáncer <input type="radio"/> 10. Cáncer de cuello uterino <input type="radio"/> 11. Cáncer de Mama <input type="radio"/> 12. Autismo <input type="radio"/> 13. Síndrome de Down <input type="radio"/> 14. Hipertensión <input type="radio"/> 15. Problemas del corazón o circulación <input type="radio"/> 16. Enfermedad de los riñones <input type="radio"/> 17. Enfermedad mental <input type="radio"/> 18. Ninguno <input type="radio"/> 19. Otro (especifique) <input type="text"/> <input type="radio"/> 20. No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe/ No responde (24) ¿El niño presentó problemas de salud en algún momento de las últimas 2 semanas? <input type="radio"/> 1 Fiebre <input type="radio"/> 2 Tos <input type="radio"/> 3 Gripe <input type="radio"/> 4 Diarrea <input type="radio"/> 5 Alergias <input type="radio"/> 6 Otros (Especifique) <input type="text"/> <input type="radio"/> 7 No se enfermó <input type="radio"/> 8 No Sabe	<input type="radio"/> 1 Hospital de Secretaría de Salud <input type="radio"/> 2 CIS <input type="radio"/> 3 UAPS <input type="radio"/> 4 Clínica /Hospital privado <input type="radio"/> 5 Monitora de Atención Integral <input type="radio"/> 6 Guardián/Voluntario de salud <input type="radio"/> 7 Curandero <input type="radio"/> 8 Farmacia, vendedor de medicamento <input type="radio"/> 9 Pariente, amigo <input type="radio"/> 10 Pulpería <input type="radio"/> 11 Centro de Salud en otro país <input type="radio"/> 12 Enfermera (o) <input type="radio"/> 13 Otros (Especifique) <input type="text"/> <input type="radio"/> 14 No sabe <input type="radio"/> 15 No buscó ayuda	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> No sabe/ No responde	<input type="radio"/> 1 Ninguno <input type="radio"/> 2 Alfabetización <input type="radio"/> 3 Pre-básica → <input type="text"/> (De 0 a 3) <input type="radio"/> 4 Básica → <input type="text"/> (De 0 a 9) <input type="radio"/> 5 Secundaria ciclo común → <input type="text"/> (De 1 a 3) <input type="radio"/> 6 Secundaria diversificado → <input type="text"/> (De 1 a 3) <input type="radio"/> 7 Técnico superior → <input type="text"/> (De 1 a 3) <input type="radio"/> 8 Superior no universitario → <input type="text"/> (De 1 a 4) <input type="radio"/> 9 Universitaria → <input type="text"/> (De 1 a 8) <input type="radio"/> 10 Post-grado universitario u otro similar → <input type="text"/> (De 1 a 6) <input type="radio"/> 11 No sabe/ No responde	

**X CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

Número de Documento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de Documento:

<input type="radio"/> 1 Tarjeta de ID	<input type="radio"/> 3 Carnet Extranjero
<input type="radio"/> 2 Partida de Nacimiento	<input type="radio"/> 4 No inscrito
<input type="radio"/> 5 No sabe	

Nombres:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

Edad (años)

--	--	--

Meses

--	--

Menos de 1 año

**PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS**

(32)	(34)	(36)	(38)	(40)	(43)	(44)	(45)	(47)										
¿Cuál es su situación respecto al empleo durante la semana pasada?	¿Cuál fue su ingreso en lempiras por trabajo el mes pasado en la ocupación principal que desempeño?	Si en la pregunta 36 contestó 1,2,3 y 4 ¿Principal tipo de educación o formación recibida para su desempeño laboral.	Normalmente ¿Cuántas horas trabaja a la semana?	¿Cuánto tiempo tiene de laborar en su actual empleo?	Si en la pregunta 36 contestó la opción 1, responda ¿Qué derecho de ley/beneficio le brinda su patrono?	¿Cuál es su condición actual por inactividad?	Si en la pregunta 44 contestó la opción 1 ¿cuántas horas dedica a la semana a los quehaceres en el hogar o al cuidado de los miembros del hogar?	Si en la pregunta 35 contestó las opciones 1,2,3,4,5,6 ¿Rama de actividad económica en la que se desempeña principalmente?										
<input type="radio"/> 1 Desempleado pase a la preg. 48 <input type="radio"/> 2 Ocupado pase a la preg. 33 <input type="radio"/> 3 Busca trabajo por primera vez pase a la preg. 48 <input type="radio"/> 4 No busca trabajo pase a la preg. 52 <input type="radio"/> 5 Inactividad pase a la preg. 44	<input type="radio"/> 1 1 - 2,000 <input type="radio"/> 2 2,001 - 4,000 <input type="radio"/> 3 4,001 - 6,000 <input type="radio"/> 4 6,001 - 10,000 <input type="radio"/> 5 10,001 - 15,000 <input type="radio"/> 6 15,000 - en adelante	<input type="radio"/> 1 Formal <input type="radio"/> 2 No formal	Horas por Semana <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> No sabe/No responde				Años Meses <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> No sabe/No responde					<input type="radio"/> 1 Jubilación <input type="radio"/> 2 Pensión <b>RM</b> <input type="radio"/> 3 Aguinaldo <input type="radio"/> 4 Catorceavo <input type="radio"/> 5 Vacaciones <input type="radio"/> 6 Prestaciones laborales <input type="radio"/> 7 Bonificaciones <input type="radio"/> 8 Seguro de vida o médico <input type="radio"/> 9 Pago de horas extras <input type="radio"/> 10 Ninguno <input type="radio"/> 11 Otros (especifique) <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 Quehaceres en el hogar <input type="radio"/> 2 Estudiante <input type="radio"/> 3 Jubilado <input type="radio"/> 4 Pensionado <input type="radio"/> 5 Edad muy avanzada <input type="radio"/> 6 Menor de edad <input type="radio"/> 7 Enfermo temporal <input type="radio"/> 8 Rentista <input type="radio"/> 9 Otro.	Horas por Semana <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> No sabe/No responde				<input type="radio"/> 1 Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca <input type="radio"/> 2 Explotación de minas y canteras <input type="radio"/> 3 Industria manufacturera <input type="radio"/> 4 Suministros de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado <input type="radio"/> 5 Suministros de agua, evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación <input type="radio"/> 6 Construcción <input type="radio"/> 7 Comercio al mayor y al menor, reparación de vehículos automotores y motocicleta <input type="radio"/> 8 Transporte y almacenamiento <input type="radio"/> 9 Actividades de alojamiento y de servicios de comida <input type="radio"/> 10 Información y comunicaciones <input type="radio"/> 11 Actividades financieras y de seguros <input type="radio"/> 12 Actividades inmobiliarias <input type="radio"/> 13 Actividades profesionales, científicas y técnicas <input type="radio"/> 14 Actividades de servicios administrativos y de apoyo <input type="radio"/> 15 Administración pública y defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria <input type="radio"/> 16 Enseñanza <input type="radio"/> 17 Actividades de atención de la salud y de asistencia social <input type="radio"/> 18 Actividades artísticas, de entrenamiento y recreativas <input type="radio"/> 19 Otras actividades de servicios <input type="radio"/> 20 Actividades de los hogares como empleadores y actividades no diferenciadas de los hogares como productores de bienes y servicios <input type="radio"/> 21 Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales <input type="radio"/> 22 Rama de actividad NO especificada
(33)	(35)	(37)	(39)	(41)	(42)	(46)	(48)											
Si en la pregunta 32 está clasificado 2 (ocupado) ¿Cuál fue la ocupación principal que desempeñó la semana pasada?	En la ocupación de la (pregunta 32) usted trabaja como:	¿Cuál fue el total de horas que trabajó la semana pasada en la ocupación (pregunta 35)	Cumpliendo con las obligaciones de trabajo, estudio y otros quehaceres, ¿Desea trabajar más horas por semana y está disponible para hacerlo por un pago o ingreso adicional?	Si en la pregunta 3 contestó las opciones 1,2,3 o 4 ¿este empleo es?	Si en la pregunta 36 contestó las opciones 1,2,3 o 4 ¿En este empleo tiene contrato?	Si en la pregunta 35 contestó la opción 5, normalmente, ¿Cuántas horas dedica a la semana al trabajo familiar no remunerado	Horas por Semana											
<input type="radio"/> 1 Trabajador asalariado <input type="radio"/> 2 Empleado doméstico <input type="radio"/> 3 Trabajador cuenta propia <input type="radio"/> 4 Productor agropecuario <input type="radio"/> 5 Trabajador familiar no remunerado <input type="radio"/> 6 Trabajador no remunerado	<input type="radio"/> 1 Horas por Semana <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> No sabe/No responde				<input type="radio"/> 1 SI <input type="radio"/> 2 NO <input type="checkbox"/> No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 Temporal <input type="radio"/> 2 Permanente <input type="checkbox"/> No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 SI <input type="radio"/> 2 NO <input type="checkbox"/> No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 SI <input type="radio"/> 2 NO <input type="checkbox"/> No sabe/No responde	<input type="checkbox"/> No sabe/No responde <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

**DESEMPLEO**

**SEGURIDAD SOCIAL**

**DISCAPACIDAD**

(48)	(50)	(51)	(52)	(54)	(55)	(56)	(58)									
Si en la pregunta 32 contestó la opción 1 y 3 ¿En los últimos 30 días ha estado buscando activamente un empleo?	¿Por qué motivo se encuentra desempleado?	Si respondió la opción 1 o 2 de la pregunta 50, cuál fue el motivo directo?	Si en la pregunta 32 contestó la opción 5 ¿Por qué no buscó trabajo, ni trató de establecer su propio negocio en las últimas 4 semanas?	¿En qué sector de actividad económica se desempeñó cuando trabajaba en la última ocupación?	(Para las personas que en la actualidad se encuentran trabajando o jubilado) Cotiza a:	¿Presenta algún tipo de discapacidad?	Clasifique su discapacidad									
<input type="radio"/> 1 SI <input type="radio"/> 2 NO <input type="checkbox"/> No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 Por motivo relacionado a Covid 19 <input type="radio"/> 2 Por motivo relacionado a ETA e IOTA <input type="radio"/> 3 Lugar de trabajo cerrado por otra razón <input type="radio"/> 4 Despedido <input type="radio"/> 5 Enfermedad <input type="radio"/> 6 Necesita cuidar a un familiar enfermo <input type="radio"/> 7 Necesita tiempo para cuidar a los hijos/as <input type="radio"/> 8 Era un trabajo temporal <input type="radio"/> 9 Jubiló / Retiró <input type="radio"/> 10 Renuncia al trabajo <input type="radio"/> 11 Otro _____ <input type="radio"/> 12 No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 La empresa donde laboraba cerró operaciones. <input type="radio"/> 2 La empresa donde laboraba despidió personal. <input type="radio"/> 3 Mi negocio quebró económicamente. <input type="radio"/> 4 Perdí la instalación física por ETA e IOTA. <input type="radio"/> 5 Otra (Especifique) (Pasar a la pregunta 53) <input type="radio"/> 6 No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 Encontró trabajo, iniciará antes de un mes. <input type="radio"/> 2 Abrirá o reabrirá negocio antes de un mes. <input type="radio"/> 3 Se irá a trabajar a otro país. <input type="radio"/> 4 Espera respuesta a gestiones anteriores. <input type="radio"/> 5 Está esperando la próxima temporada/proyecto. <input type="radio"/> 6 Cree que no encontrará o no le darán trabajo <input type="radio"/> 7 No tiene tierra, capital o materia prima <input type="radio"/> 8 En esta zona no hay trabajo del que necesita <input type="radio"/> 9 Se cansó de buscar <input type="radio"/> 10 Dejó de buscar momentáneamente por causa de la pandemia Covid 19. <input type="radio"/> 11 No quiere/No puede/No necesita trabajar. <input type="radio"/> 12 No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca <input type="radio"/> 2 Explotación de minas y canteras <input type="radio"/> 3 Industria manufacturera <input type="radio"/> 4 Suministros de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado <input type="radio"/> 5 Suministros de agua, evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación <input type="radio"/> 6 Construcción <input type="radio"/> 7 Comercio al mayor y al menor, reparación de vehículos automotores y motocicleta <input type="radio"/> 8 Transporte y almacenamiento <input type="radio"/> 9 Actividades de alojamiento y de servicios de comida <input type="radio"/> 10 Información y comunicaciones	<input type="radio"/> 1 RAP <b>RM</b> <input type="radio"/> 2 INJUPEM <input type="radio"/> 3 INPREMA <input type="radio"/> 4 IPM <input type="radio"/> 5 IHSS <input type="radio"/> 6 Fondo privado de pensiones <input type="radio"/> 7 Seguro médico privado <input type="radio"/> 8 Sindicato <input type="radio"/> 9 Gremio o asociación de trabajadores <input type="radio"/> 10 Otros. Especifique _____ <input type="radio"/> 11 Ninguno <input type="radio"/> 12 No sabe/No responde	<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <b>RM</b> (Nota: Si contesto la opción 1 seleccionar la discapacidad que presenta) <input type="radio"/> 1 Visual parcial o total <input type="radio"/> 2 Para oír parcial o total <input type="radio"/> 3 Para hablar parcial o total <input type="radio"/> 4 Para usar brazos, manos, piernas y pies <input type="radio"/> 5 Mental o intelectual <input type="radio"/> 6 Otra. Especifique _____	<input type="radio"/> 1 No hay dificultad (ninguna, insignificante) <input type="radio"/> 2 Dificultad ligera (poca, escasa) <input type="radio"/> 3 Dificultad moderada (media, regular) <input type="radio"/> 4 Dificultad grave (mucho, extrema) <input type="radio"/> 6 Sin especificar <input type="radio"/> 7 No aplicable									
(49)			(53)			(57)										
¿Si en la pregunta 33 contestó 1 ¿Hace cuánto tiempo aproximadamente está en situación de desempleo?			Si en la pregunta 33 está clasificado en 1 (desempleado) ¿Cuál fue su última ocupación?			Durante el último mes, ¿Dejó usted de hacer alguna de sus actividades diarias o empleo por algún padecimiento o enfermedad crónica?										
Años Meses Días <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> No sabe/No responde									<input type="checkbox"/> No sabe/No responde <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						<input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="checkbox"/> No sabe/No responde	