

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA



REGISTRO ÚNICO PARTICIPANTES

FICHA SOCIOECONÓMICA ÚNICA (Formato 0001)



CC - 20

-

1. REGIÓN

2. DEPARTAMENTO

3. MUNICIPIO

4. ALDEA

5. CASERIO

6. BARRIO O COLONIA

7. ZONA SECTOR

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

9. TIPO DE FICHA

COORDENADAS GPS

Norte

Oeste

Altura

M

10. MANZANA PLANO

11. VIVIENDA PLANO

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

12.MANZANA

13. BLOQUE

14. N° VIVIENDA

15. CALLE

16. TELEFONO DE DOMICILIO

TELEFONO CELULAR

17. REFERENCIA

18. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE

N° ORDEN

19. ¿Cuántos hogares residen en esta vivienda?

20. HOGAR N°

HOGAR: Es un conjunto de personas sean parientes o no que ocupan en su totalidad o en parte una vivienda, comparten al menos las comidas principales y atienden en común otras necesidades básicas con cargo a un presupuesto común.

II. PERSONAL RESPONSABLE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ENCUESTADOR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL SUPERVISOR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DIGITADOR/ESCANEAADOR

APELLIDOS Y NOMBRES DELCRITICO CODIFICADOR

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR

CÓDIGO DEL SUPERVISOR

CÓDIGO DEL DIGITADOR/ESCAN.

CÓDIGO DELCRITICO/CODIFICADOR

CONTROL DE CALIDAD

VISITA	ENCUESTADOR(A)	REVISITA	SUPERVISOR(A)	RESULTADO FINAL DEL LEVANTAMIENTO	(*) CÓDIGOS DE RESULTADO	Firma o huella del Informante clave
Primera FECHA (dd-mm-aaaa) Resultado (*)	Primera FECHA (dd-mm-aaaa) Resultado (*)	Primera FECHA (dd-mm-aaaa) Resultado (*)	Primera FECHA (dd-mm-aaaa) Resultado (*)	FECHA (dd-mm-aaaa) Resultado (*)	1 Completa 2 Incompleta 3 Rechazo 4 Ausente 5 Vivienda desocupada 6 Otro (Especifique)	

III CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA 1. TIPO DE VIVIENDA (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Rancho Vivienda improvisada Cuarto en Cuartería Barracón Apartamento Casa Independiente Otro (Especifique) 2. SU VIVIENDA ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Alquilada Propia y completamente pagada Propia y la esta pagando Propia y recuperada legalizada Propia y recuperada sin legalizar Cedida sin pago Recibida por servicios de trabajo Otro(Especifique) 3. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Bahareque, vara o caña Desechos Madera Adobe Material Prefabricado Ladrillo. Piedra o bloque Otro (Especifique) Condiciones o estado de las paredes Bueno Regular Malo RM: Respuesta Múltiple esta opción será utilizada en aquellas preguntas donde exista mas de una respuesta	4. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Paja, palma o similar Material de desecho Teja de barro Madera Lamina de zinc Lamina de Asbesto Concreto Aluzinc Otro (Especifique) Condiciones o estado del techo Bueno Regular Malo 5. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Tierra Madera Ladrillo de barro Plancha de cemento Ladrillo de cemento Ladrillo de granito Cerámica Otro (Especifique) Condiciones o estado del piso Bueno Regular Malo 6. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO QUE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU VIVIENDA? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Electricidad del Servicio Público Vela Kerosene Ocote Energía Solar Planta Eléctrica Otro Especifique consumo kWh ¿Cuánto pagó por electricidad el mes pasado? L Clave del Medidor 7. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU VIVIENDA ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Servicio Público Servicio Privado	8. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU VIVIENDA PROCEDE PRINCIPALMENTE DE: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Red dentro de la vivienda Red fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad Pila o llave pública Pozo malacate Río, riachuelo, manantial, ojo de agua Camión cisterna u otro similar Otro (Especifique) ¿Cuánto gastó en agua el mes pasado? L 9. ¿QUÉ TRATAMIENTO LE DA PRINCIPALMENTE AL AGUA QUE UTILIZA PARA BEBER? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) La hierve La cloran La Filtra Compra de agua purificada Otros (Especifique) Ninguno 10. ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO UTILIZA? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Inodoro conectado a red de alcantarillado Inodoro conectado a pozo septico Inodoro sin conexión a pozo séptico ni alcantarillado Letrina a río, laguna, mar. Letrina con cierre hidráulico Letrina a pozo séptico. Letrina a pozo negro No tiene Otro (Especifique) Condiciones o estado del servicio sanitario Bueno Regular Malo 11. LA UNIDAD DE VIVIENDA SE ENCUENTRA AMENAZADA POR (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Deslizamiento Avalancha Inundación y lluvias Temblores Ninguno Otro riesgo (Especifique) RM 12. ¿Cuántas piezas tiene esta vivienda? (No incluya baños , pasillos , ni garaje) IV DATOS DEL HOGAR 1. ¿DE CUÁNTAS PIEZAS DISPONE ESTE HOGAR? (No incluya baños , pasillos ni garaje) 2. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR? Hombres Mujeres Total 3. ¿Alguna persona que vivía en este hogar se encuentra viviendo en otro país? Sí Hombres Mujeres Total No No sabe 4. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PRINCIPALMENTE PARA COCINAR? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) Leña Residuos kerosene (Gas) Gas LPG Electricidad Otro (Especifique) ¿Cuánto gastó en leña la semana pasada? L 5. LA COCINA ESTÁ SEPARADA POR PAREDES DEL RESTO DE LA VIVIENDA (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Sí No 6. DONDE ALMACENA LOS ALIMENTOS PERECEDEROS (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Refrigerador Piso No Almacena Mueble Vecino Otro (Especifique) 7. ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR PERTENECE A LASSIGUIENTES ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (Rellene sólo el o los óvalos que correspondan) : Patronatos Grupos de la iglesia Juntas de Agua Clubes juveniles Clubes deportivos Asociación de padres de familia Otros (Especifique) Ninguno RM 8. BIENES QUE POSEE EL HOGAR:(Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo que corresponda) RM 1. Estufa de gas 2. Estufa Eléctrica 3. Refrigeradora 4. Teléfono fijo 5. Licuadora 6. Horno microondas 7. Televisor a color 8. Lavadora 9. Equipo de Sonido 10. Computadora 11. Internet 12. Cable 13. DVD 14. Plancha Eléctrica 15. Radio 16. Fogón 17. Bicicleta Adulto 18. Aire AC 19. Vehículo 21. Ninguno 9. ¿CÓMO ELIMINAN 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 V PRODUCTIVIDAD AGROPECUARIA 1. EL HOGAR DISPONE DE TIERRAS PARA TRABAJO (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Sí No 2. CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE LA TIERRA: (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Propia Prestada Privada Ejidal Alquilada Ocupada Cedida sin pago Colectivo Si contesto las opciones 7 u/o 8 ¿Tiene título comunitario certificado por la comunidad u/o organización? Si No 3. CUÁL ES EL PRINCIPAL USO QUE LE DA A LA TIERRA (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Cultivos Temporales Cultivos Permanentes Pastos En descanso Cría de ganado y especies menores Otro uso (Especifique) 4. Si contestó en la pregunta 3, la opción 1. ¿CUÁL ES EL TIPO DE PRODUCCIÓN TEMPORAL? (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Maíz Arroz Otros (Especifique) Frijoles Hortalizas RM 5. ¿CUÁL ES LA CANTIDAD DE TIERRAS DISPONIBLES PARA CULTIVO?: (Rellene sólo el óvalo que corresponda) Menos de 2.5 Manzanas De 2.5 a 5 Manzanas De 5 a 7 Manzanas De 8 a 9 Manzanas De 10 o más Manzanas 6. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR MANTIENE CUENTAS DE AHORRO? Sí No 7. ¿CON QUÉ TIPO DE SERVICIOS FINANCIEROS CUENTA EL HOGAR ? (Rellene sólo el o los óvalos que correspondan) RM 1. Caja Rural 2. Bancos Comunales 3. Banco Comercial 4. Cooperativa de Ahorro y Crédito 5. Ninguno VI Seguridad Ciudadana 1. ¿LOS MIEMBRO DE ESTE HOGAR, CUÁNTO TIEMPO TIENEN DE HABITAR EN ESTA VIVIENDA? (Rellene sólo el o los óvalos que correspondan) Siempre han habitado aquí Más de 10 años 10 años o menos Pase a la pregunta número 2 si respondió el inciso 3 2. ¿EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR EN CUÁNTOS LUGARES DIFERENTES HAN HABITADO? (Rellene sólo el o los óvalos que correspondan) Un lugar Dos lugares Tres o más lugares 3. ¿ANTES DE LLEGAR A ESTA VIVIENDA, DÓNDE HABITABAN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR? (Rellene sólo el o los óvalos que correspondan) En esta misma aldea o colonia En otra aldea o colonia de este municipio En otro municipio de este departamento En otro departamento En otro país 4. ¿RAZONES POR LA QUE LOS MIEMBROS DE ESTE SALIERON DE LOS LUGARES DONDE HABÍAN HABITADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS? (Rellene sólo el o los óvalos que correspondan) Por trabajo Por mejor vivienda Por motivos familiares Por motivos de estudio Por motivos de salud Por motivos de violencia o inseguridad Por fenómenos naturales Otros (Especifique)
--	--	--

VII. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Apellidos (En el primer renglón registre el apellido paterno y en el segundo el apellido materno, según identidad), **Nombres** (En el tercer renglón registre los nombres separándolos por un casillero, según identidad), **Fecha de nacimiento** (dd-mm-aaaa)/**Edad** (años cumplidos marque meses solo para menores de 01 año), **Tipo de Documento** : Seleccionar solo una alternativa /**No. De documento** (Escribir el número de documento), en el caso de carnet de extranjero no completar el número del documento . (1)/(2)/(3)/(4)/(5)/(6)/(7)

[illegible]

A	P	E	L	L	I	D	O												
A	P	E	L	L	I	D	O												
N	O	M	B	R	E	S													
N	O	M	B	R	E	S													

D D M M A A A A

Tarjeta de ID 1

Part. Nac. 2

Carnet Ex. 3

No inscrito 4

Edad (años)

Años

Meses

Meses

Número de Documento

Tipo de Documento

Tipo de Documento

A	P	E	L	L	I	D	O												
A	P	E	L	L	I	D	D												
N	O	M	B	R	E	S													
N	O	M	B	R	E	S													

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

Edad (años) <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table>	Meses <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table>	Tarjeta de ID 1 Part. Nac. 2 Carnet Ex. 3 No inscrito 4
		Tipo de Documento Número de Documento

A	P	E	L	L	I	D	O												
A	P	E	L	L	I	D	D												
N	O	M	B	R	E	S													
N	O	M	B	R	E	S													

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

Edad (años) <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"></table>	Meses <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"></table>	Tarjeta de ID 1 Part. Nac. 2 Carnet Ex. 3 No inscrito 4
		Tipo de Documento
		Número de Documento <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"></table>

(8) Relación de Parentesco		(10) Estado Civil		(11) Grupo Étnico		(12) Servicio de salud		(15) Razones de No Asistencia		(16) Nivel Educativo		(18) Ocupación		*(19) Razones de no Trabajo		(20) Tipo de Discapacidad		(21) Beneficiario de:	
1. Jefe	7. Hermana/o	1. Soltero/a	1. Garífuna	1. Negro de habla inglesa	1. Hospital Público	7. CESAR	1. Ninguno	1. Trabajador Asalariado	7. Estudiante	1. Mal tiempo	1. Visual parcial o total	1. Merienda Escolar	7. Bono Tecnológico						
8. Cónyuge	8. Trabajador del Hogar	2. Casado/a	2. Miskito	2. Ninguna de los anteriores	2. Hospital del IHSS	8. Personal Comunitario	2. Pre Escolar	2. A cuenta Propia	8. Jubilado	2. Para oír parcial o total	2. Capital Semilla	8. Capital Semilla							
9. Hijo/a	9. Otros parientes	3. Unión Libre	3. Tawakha	3. No sabe	3. Hospital Clínico/ médico privado o médico IHSS	9. Curandero	3. Primaria	3. Empleador	9. Pensionado	3. Problemas de Salud	3. Para hablar parcial o total	3. Bono Juvenil	9. Capacidades Especiales						
10. Yerno/ Nuera	10. Otros no parientes	4. Separado/a	4. Pech		4. Clínica Materno Infantil	10. Farmacia	4. Secundaria	4. Servicio Domestico	10. Trabajo familiar no remunerado	4. No Encuentra Oportunidad de Empleo	4. Para usar brazos y manos/piernas y pies	4. Bono ENEE	10. Ninguno						
11. Nieto/a		5. Divorciado/a	5. Tolupán		5. CLIPER	11. En el Domicilio	5. Superior no Universitario	5. Desempleado*	11. Sin Actividad**	5. Mental o intelectual	5. Alimento Solidario Adulto Mayor	6. Bono ENEE	10. Ninguno						
12. Padres/Suegros		6. Viudo/a	6. Maya Chorti		6. CESAMO		6. Superior Universitario	6. Quehaceres en el hogar	12. Busca trabajo por primera vez	6. No Tiene discapacidad	6. Vivienda Mejorada	6. Bono ENEE	10. Ninguno						
			7. Nahoa				6. Post Grado u otro similar	6. Otras											

VIII. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

												SALUD		EDUCACIÓN (5 años y más)				OCUPACIÓN		DISCAPACIDAD	PROGRAMA SOCIAL							
Apellidos (En el primer renglón registre el apellido paterno y en el segundo el apellido materno , según identidad), Nombres (En el tercer renglón registre los nombres separándolos por un casillero , según identidad), Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)/ Edad (años cumplidos marque meses solo para menores de 01 año), Tipo de Documento : Seleccionar solo una alternativa / No. De documento (Escribir el número de documento), en el caso de carnet de extranjero no completar el número del documento . (1)/(2)/(3)/(4)/(5)/(6)/(7)												Parentesco con el jefe(a) del hogar	Sexo Si es 2 indicar si esta embarazada	Estado Civil (12 y mas años)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera...	¿Cuándo usted se enferma, donde es atendido?	Lleva periódicamente al niño a sus controles de salud (Niños de 0 a 5 años)	¿...sabe leer y escribir? (Mayores de 5 años)	¿...esta matriculado y asiste a un centro educativo? (Mayores de 5 años)	Nivel Educativo, (1) ó (2), pase a 18	Último año o grado de estudio aprobado	¿En la ultima semana era? (Para 5 años y mas)	¿Por qué motivo NO trabajó la semana pasada? (Para las Opciones 5, 11 y 12 de la pregunta 18)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? RM	¿De qué programa social es beneficiario? RM	¿Si en la pregunta anterior contestó la opción 3 (Bono 10 mil)? Especifique el código de hogar y referencia		
5 APELLIDO APELLIDDD NOMBRES NOMBRES DDMMAAAA Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito Edad (años) Meses Número de Documento												(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)		
												17	1	1	17	17	Sí	12	12	} 2	170	17	1	2	3	4	5	RM
												28	2	2	28	28		2	2		28	28						
												39	3	3	39	39		3	3		39	39						
												410	4	4	410	410		4	4		410	410						
												511	5	5	511	511		5	5		511	511						
6	6	6	6	6	6	No	6	6	6	612	612	6	6	6	6	6	RM											
6 APELLIDO APELLIDDD NOMBRES NOMBRES DDMMAAAA Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito Edad (años) Meses Número de Documento												17	1	1	17	17	Sí	12	12	} 2	170	17	1	2	3	4	5	RM
												28	2	2	28	28		2	2		28	28						
												39	3	3	39	39		3	3		39	39						
												410	4	4	410	410		4	4		410	410						
												511	5	5	511	511		5	5		511	511						
												6	6	6	6	6	6	No	6	6	6	612	612	6	6	6	6	6
7 APELLIDO APELLIDDD NOMBRES NOMBRES DDMMAAAA Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito Edad (años) Meses Número de Documento												17	1	1	17	17	Sí	12	12	} 2	170	17	1	2	3	4	5	RM
												28	2	2	28	28		2	2		28	28						
												39	3	3	39	39		3	3		39	39						
												410	4	4	410	410		4	4		410	410						
												511	5	5	511	511		5	5		511	511						
												6	6	6	6	6	6	No	6	6	6	612	612	6	6	6	6	6
8 APELLIDO APELLIDDD NOMBRES NOMBRES DDMMAAAA Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito Edad (años) Meses Número de Documento												17	1	1	17	17	Sí	12	12	} 2	170	17	1	2	3	4	5	RM
												28	2	2	28	28		2	2		28	28						
												39	3	3	39	39		3	3		39	39						
												410	4	4	410	410		4	4		410	410						
												511	5	5	511	511		5	5		511	511						
												6	6	6	6	6	6	No	6	6	6	612	612	6	6	6	6	6
(8) Relación de Parentesco 1. Jefe 2. Cónyuge 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Nieto/a 6. Padres/Suegros		(10) Estado Civil 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión Libre 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Viudo/a		(11) Grupo Étnico 1. Garífuna 2. Miskito 3. Tawahka 4. Pech 5. Tolupán 6. Maya Chorti 7. Nahoa 8. Negro de habla inglesa 9. Lenca 10. Ninguna de los anteriores 11. No sabe		(12) Servicio de salud 1. Hospital Público 2. Hospital del IHSS 3. Hospital Clínica/ medico privado o medico IHSS 4. Clínica Materno Infantil 5. CLIPER 6. CESAMO 7. CESAR 8. Personal Comunitario 9. Curandero 10. Farmacia 11. En el Domicilio		(15) Razones de No Asistencia 1. Trabajo 2. Distancia 3. Quehaceres en el Hogar 4. Problemas de Salud 5. Recurso económico 6. Otras		(16) Nivel Educativo 1. Ninguno 2. Pre Escolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior no Universitario 6. Superior Universitario 7. Post Grado u otro similar		(18) Ocupación 1. Trabajador Asalariado 2. A cuenta Propia 3. Empleador 4. Servicio Domestico 5. Desempleado* 6. Quehaceres en el hogar 7. Estudiante 8. Jubilado 9. Pensionado 10. Trabajo Familiar no remunerado 11. Sin Actividad* 12. Busca trabajo por primera vez		* (19) Razones de no Trabajo 1. Mal tiempo 2. Problemas Familiares 3. Problemas de Salud 4. No Encuentra Oportunidad de Empleo 5. Otro		(20) Tipo de Discapacidad 1. Visual parcial o total 2. Para oír parcial o total 3. Para hablar parcial o total 4. Para usar brazos y manos/ piernas y pies 5. Mental o intelectual 6. No tiene discapacidad		(21) Beneficiario de: 1. Merienda Escolar 2. Bono Juvenil 3. Bono 10,000 4. Bono ENEE 5. Alimento Solidario Adulto Mayor 6. Vivienda Mejorada 7. Bono Tecnológico 8. Capital Semilla 9. Capacidades Especiales 10. Ninguno										