

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA



REGISTRO ÚNICO PARTICIPANTES

FICHA SOCIOECONÓMICA ÚNICA (Formato 0001)



20 _____

1. Departamento	2. Municipio	3. Aldea	4. Caserio	5. Barrio o colonia	6. El barrio o sector de la vivienda cuenta con:	7. Tipo de ficha	8. N° de la primera ficha utilizado en esta vivienda
					Vía de acceso: 1. ☐ Sí 2. ☐ No	1. ☐ Urbano	
COORDENADAS GPS				Trazado de calles: 1. ☐ Sí 2. ☐ No		2. ☐ Rural	

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

9. Bloque		10. N° Vivienda				11. Calle										12. Teléfono de domicilio								13. Teléfono celular							
14. Referencia																															
15. Apellidos y nombres del informante																				N° Orden		16. ¿Cuántos hogares residen en esta vivienda?									

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

Nombres del encuestador		Código del encuestador					
Nombres del supervisor		Código del supervisor					
Nombres del digitador		Código del digitador					
Nombres del crítico codificador		Código del crítico codificador					

CONTROL DE CALIDAD

VISITA		ENCUESTADOR(A)		REVISITA		SUPERVISOR(A)		RESULTADO FINAL DEL LEVANTAMIENTO		(*) CÓDIGOS DE RESULTADO		Doy fe, que la información proporcionada es verdadera, autorizo, que sea verificada con otras fuentes de información y utilizada para orientar las políticas sociales del Gobierno de la República de Honduras. Estoy consciente que de haberla falseado, con el fin de ser beneficiario de algún programa social, me podría ocasionar la suspensión de la ayuda, sin perjuicio que me apliquen las sanciones correspondientes.	Firma o huella del Informante adecuado
Primera		FECHA (dd-mm-aaaa)		Resultado (*)		Primera		FECHA (dd-mm-aaaa)		Resultado (*)			
D D M M A A A A						D D M M A A A A							
Segunda		FECHA (dd-mm-aaaa)		Resultado (*)		Segunda		FECHA (dd-mm-aaaa)		Resultado (*)			
D D M M A A A A						D D M M A A A A							

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? 1. ☐ Sí Hombres Mujeres Total + = 2. ☐ No		
5. ¿Qué combustible utiliza principalmente para cocinar? 1. ☐ Leña 2. ☐ Residuos 3. ☐ kerosene (Gas) 4. ☐ Gas LPG 5. ☐ Electricidad 6. ☐ Otro (Especifique) ¿Cuánto gastó en leña la semana pasada? L .					
6. ¿En qué pieza o sitio de la vivienda cocina los alimentos este hogar? 1. ☐ En una pieza dedicada solo para cocinar 2. ☐ En una pieza utilizada también para dormir 3. ☐ En el patio corredor u otro sitio 4. ☐ En la sala comedor 5. ☐ No cocina					
7. ¿La cocina está separada por paredes de l resto de la vivienda? 1. ☐ Sí 2. ☐ No					
8. En el último mes, ¿Dónde almacenó los alimentos perecederos? 1. ☐ Refrigerador 2. ☐ Mueble 3. ☐ Piso en balde, pailas, ollas, canastas 4. ☐ Vecino 5. ☐ No almacena 6. ☐ Otro (Especifique)					
9. En el último mes, ¿Cómo eliminó, botó ó desechó, principalmente, la basura de este hogar? 1. ☐ Recolección domiciliaria pública 2. ☐ Recolección privada 3. ☐ Deposita en contenedores 4. ☐ La entierra, la quema 5. ☐ Prepara abonos 6. ☐ La tira en cualquier lugar 7. ☐ Otro Si contestó las opciones 4,5 ó 6, esto lo hace a una distancia de su vivienda de: 1. ☐ De 0 a 100 Metros 2. ☐ A más de 100 metros 3. ☐ No sabe/No responde					
10. Bienes, enseres o servicios en uso que se encuentran dentro del hogar: 1. ☐ Estufa de gas 2. ☐ Estufa eléctrica 3. ☐ Refrigeradora 4. ☐ Teléfono fijo 5. ☐ Licuadora 6. ☐ Horno microondas 7. ☐ Televisor a color 8. ☐ Lava dora 9. ☐ Equipo de sonido 10. ☐ Computadora 11. ☐ Internet 12. ☐ Cable/Antena satelital 13. ☐ DVD 14. ☐ Plancha eléctrica 15. ☐ Radio 16. ☐ Fogón 17. ☐ Bicicleta adulto 18. ☐ Aire AC 19. ☐ Vehículo 20. ☐ Motocideta 21. ☐ Teléfono celular 22. ☐ Eco-Fogón 23. ☐ Cosechadora de agua/ Membrana de agua 24. ☐ Ninguno RM					
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:					
13. ¿Cuáles son los ingresos mensuales estimados del grupo familiar? Jefe del Hogar L Conyugue L Otros Miembros L					
14. ¿Algún miembro del hogar mantiene cuentas de ahorro? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
15. ¿Con qué tipo de servicios financieros cuenta el hogar? 1. ☐ Caja rural 2. ☐ Bancos comunales 3. ☐ Banco comercial 4. ☐ Cooperativa de ahorro y crédito 5. ☐ Ninguno 6. ☐ No sabe/No responde RM					
16. ¿Algún miembro en el hogar recibe remesas? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde Si contestó Si, ¿Con qué frecuencia? 1. ☐ Semanal 2. ☐ Quincenal 3. ☐ Mensual 4. ☐ Cada 2 meses 5. ☐ No sabe/No responde 6. ☐ Otro (Especifique)					
17. ¿Algún miembro de este hogar pertenece a las siguientes organizaciones comunitarias? 1. ☐ Patronatos 2. ☐ Clubes juveniles 3. ☐ Grupos de la iglesia 4. ☐ Clubes deportivos 5. ☐ Juntas de Agua 6. ☐ Asociación de padres de familia 7. ☐ Ninguno 8. ☐ No sabe/No responde 9. ☐ Otro (Especifique) RM					
VI. SEGURIDAD ALIMENTARIA					
NOTA: (Rellene el o los óvalos  que correspondan)					
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos: 1. ¿Alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabarán en su hogar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
2. ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
3. ¿Alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
4. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimento? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
5. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
6. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
7. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre, pero no comió? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
8. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo el día? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
9. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
10. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimento? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
11. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
12. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
13. ¿Alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					
14. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre, pero no comió? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde					

15. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 3. ☐ No sabe/No responde	2. De los siguientes animales, actualmente, ¿Cuántos son propiedad de los miembros del hogar ? Bovinos: Macho Hembra RM 1. Vacas 2. Toros 3. Bueyes 4. Novillos/Vaquillas 5. Terneros (0 a 15 meses) 6. Cerdos: 7. Cabras: 8. Ovejas: Aves de corral: Macho Hembra 9. Gallos/Gallinas 10. Pollos 11. Patos 12. Jolote (Pavo) 13. Gansos 14. Otro (especifique) 15. Ninguno ☐		
--	---	--	--

3. ¿Le gustaría ser parte de algún programa social de crianza de animales?

1. ☐ Sí 2. ☐ No

Si contestó Sí, continué la entrevista.

Si contestó No, pase al capítulo IX miembros del hogar.

IX CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Número de Documento:

[illegible]

Tipo de Documento: ☐ 1 Tarjeta de ID ☐ 3 Carnet Extranjero
☐ 2 Partida de Nacimiento ☐ 4 No inscrito
☐ 5 No sabe

Nombres:

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

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

Primer Apellido:

Edad (años)			
-------------	--	--	--

--	--	--

Meses		
-------	--	--

--	--

Segundo Apellido:

--	--

Sexo

Embarazada

¿Cuántos hijos tiene?

SI (1) NO (2)

--	--	--

Número de orden de la madre biológica (De 0-18 años)

11

MUJER		NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS										PARA NIÑOS MENORES 5 AÑOS		EDUCACIÓN	
En estado de Embarazo	Si tiene hijos, ¿Su último parto fue atendido por un profesional o persona con entrenamiento?	Parentesco con el jefe(a) del hogar	Estado Civil (12 y más años)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera	¿Cuándo usted se enferma, donde es atendido?	En el último año ha llevado al niño a controles de salud	¿El niño presento problemas de salud en algún momento de las últimas 2 semanas?	¿Si contesto las opciones ,2,3,4 o 5, ¿Donde buscaron consejo o tratamiento? (Anote al menos 1 y máximo 3)		¿Está recibiendo el niño estimulación temprana en un centro de cuidado infantil (Guardería, Day Care) (17)	¿sabe leer y escribir? (Mayores de 5 años) (18)	¿esta matriculado y asiste a un centro educativo ?(de 3 años en adelante) (19)			
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		(15)	(16)		(17)	(18)	(19)			
¿Meses de embarazo? ¿Está en control de Embarazo? 1 Sí 2 No Si contesto Opción 1(sí) ¿Número de controles que ha asistido? ¿Al momento del parto tiene planificado asistir a una unidad de salud? 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No	1 Jefe Comparte la jefatura del hogar 2 Cónyuge 1 Sí 2 No 3 Hijo/a 4 Yerno/Nuera 5 Nieto/a 6 Padres/Suegros 7 Hermano/a 8 Trabajador del hogar 9 Otros parientes 10 Otros no parientes 11 Parientes de trabajadores del hogar 12 Huéspedes 1 Soltero/a 2 Casado/a 3 Unión libre 4 Separado/a 5 Divorciado/a 6 Viudo/a Su Cónyuge es el número	1 Garfuna 2 Misquito 3 Tawahka 4 Pech 5 Tolupán 6 Maya Chortí 7 Nahoa 8 Negro de habla Inglesa 9 Lenca 10 Ninguna de los Anteriores 11 No sabe Habla su lengua materna (1 - 9) 1 Sí 2 No	1 Hospital publico 2 Hospital del HISS 3 Hospital Clínica/medico privado 4 Clínica materno infantil 5 CUPER 6 CESAMO 7 CESAR 8 Personal comunitario 9 Curandero 10 Farmacia 11 En el domicilio 1 2 No	1 Fiebre 2 Tos 3 Diarrea 4 Alergias 5 Otros (Especifique) RM 6 No se enfermó 7 No Sabe	1 Hospital de Secretaría de Salud 2 CESAMO 3 CESAR 4 Clínica/hospital Privado 5 Monitora de Atención Integral 6 Guardián/Voluntario de salud 7 Curandero 8 Farmacia, vendedor de medicamento 9 Pariente, amigo 10 Pulpería 11 Centro de Salud en otro país 12 Enfermera (o) 13 Otros (Especifique) 14 No sabe 15 No busco ayuda	1 2 Sí No	1 2 Especifique el nombre del centro Educativo Razones de no asistencia 1 Trabajo 2 Distancia 3 Quehaceres en el hogar 4 Problemas de salud 5 Recurso económico 6 Otras							
EDUCACIÓN		OCUPACIÓN					DESEMPLEO		SEGURIDAD SOCIAL	DISCAPACIDAD					
Nivel Educativo, (1) ó (2) pase a 22	Último año grado de estudio aprobado	¿En la última semana era? (5 años y más)	¿Si en la pregunta 22, contestó 1, 2, 3, 4, 5, 11, ó 12, ¿Principal tipo de educación o formación recibida para su desempeño laboral?	Si en la pregunta 22, contestó las opciones 1, 2, 3 ó 4, ¿Cuál fue el total de horas que trabajó la semana pasada?	Si en la pregunta 22, contestó las opciones 1, 2, 3, ó 4, ¿Este empleo es? (27)	Si en la pregunta 22, contestó la opciones, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, ó 12 ¿Sector en el que se desempeña principalmente? (31)	Si en la pregunta 22, contestó las opciones, 5 ú 11, ¿Hace cuanto tiempo aproximadamente esta en situación de desempleo? (32)	Si en la pregunta 22, contestó las opciones, 5, 11, ó 12 ¿por qué motivo no trabajó la semana pasada?	¿Cotiza a? (18 años y más)	¿Presenta algún tipo de discapacidad?	Durante el último mes, ¿dejó usted de hacer alguna de sus actividades diarias o empleo por algún padecimiento o enfermedad crónica?				
(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(27)	(31)	(32)	(34)	(35)	(36)	(37)				
1 Ninguno 2 Alfabetización 3 Pre-básica 4 Básica 5 Secundaria ciclo común 6 Secundaria diversificado 7 Técnico superior 8 Superior no universitario 9 Universitaria 10 Post-grado universitario u otro similar	(De 0 a 3) (De 0 a 9) (De 1 a 3) (De 1 a 3) (De 1 a 3) (De 1 a 4) (De 1 a 8) (De 1 a 6)	1 Trabajador asalareado 2 Acuenta 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	1 Formal 2 No formal 3 Informal	Horas por Semana Si en la pregunta 22, contestó 1, 2, 3, ó 4, Normalmente ¿Cuántas horas trabaja a la semana? (25) Horas por Semana Si en la pregunta 22, contestó las opciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, ó 11 ¿Cuánto tiempo laboró en su último o actual empleo? (18 años y más) (26) (26) Años Meses	1 Temporal 2 Permanente	1 Forestal 2 Agricultura 3 Ganadería 4 Pecuario 5 Agroindustrial 6 Minería 7 Turismo 8 Comercial 9 Prestación de servicios 10 Servicio Domestico 11 Manufacturas 12 Gobierno 13 No sabe/No responde 14 Otros	Años Meses Días Si en la pregunta 22, contestó las opciones, 5 ú 11, ¿En los últimos 30 días ha estado buscando activamente un empleo? (33) 1 Sí 2 No	1 Mal tiempo 2 Problemas Familiares 3 Problemas de salud 4 No encuentra oportunidad de empleo 5 Otro	1 RAP 2 INJUPEM 3 IMPREMA 4 IPM 5 IHSS 6 Fondo privado de pensiones 7 Seguro médico privado 8 Sindicato 9 Gremio o asociación de Trabajadores 10 Otros (Especifique) 11 Ninguno 12 No sabe/ No responde RM	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 RM	1 2 Sí No				

IX CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Número de Documento:

[illegible]

Tipo de Documento: ☐ 1 Tarjeta de ID ☐ 3 Carnet Extranjero
☐ 2 Partida de Nacimiento ☐ 4 No inscrito
☐ 5 No sabe

Nombres:

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

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

Primer Apellido:

Edad (años)			
-------------	--	--	--

--	--	--

Meses		
-------	--	--

--	--

Segundo Apellido:

--	--

Sexo

Embarazada

¿Cuántos hijos tiene?

SI (1) NO (2)

--	--	--

Número de orden de la madre biológica (De 0-18 años)

11

MUJER		NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS										PARA NIÑOS MENORES 5 AÑOS		EDUCACIÓN	
En estado de Embarazo	Si tiene hijos, ¿Su último parto fue atendido por un profesional o persona con entrenamiento?	Parentesco con el jefe(a) del hogar	Estado Civil (12 y más años)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera	¿Cuándo usted se enferma, donde es atendido?	En el último año ha llevado al niño a controles de salud	¿El niño presento problemas de salud en algún momento de las últimas 2 semanas?	¿Si contesto las opciones ,2,3,4 o 5, ¿Donde buscaron consejo o tratamiento? (Anote al menos 1 y máximo 3)		¿Está recibiendo el niño estimulación temprana en un centro de cuidado infantil (Guardería, Day Care)	¿sabe leer y escribir? (Mayores de 5 años)	¿esta matriculado y asiste a un centro educativo ?(de 3 años en adelante)			
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		(15)	(16)		(17)	(18)	(19)			
¿Meses de embarazo? ¿Está en control de Embarazo? 1 Sí 2 No Si contesto Opción 1(sí) ¿Número de controles que ha asistido? ¿Al momento del parto tiene planificado asistir a una unidad de salud? 1 Sí 2 No	1 Sí 2 No	1 Jefe Comparte la jefatura del hogar 2 Cónyuge 1 Sí 2 No 3 Hijo/a 4 Yerno/Nuera 5 Nieto/a 6 Padres/Suegros 7 Hermano/a 8 Trabajador del hogar 9 Otros parientes 10 Otros no parientes 11 Parientes de trabajadores del hogar 12 Huéspedes Su Cónyuge es el número	1 Soltero/a 2 Casado/a 3 Unión libre 4 Separado/a 5 Divorciado/a 6 Viudo/a Su Cónyuge es el número	1 Garfuna 2 Misquito 3 Tawahka 4 Pech 5 Tolupán 6 Maya Chortí 7 Nahoa 8 Negro de habla Inglesa 9 Lenca 10 Ninguna de los Anteriores 11 No sabe Habla su lengua materna (1 - 9) 1 Sí 2 No	1 Hospital publico 2 Hospital del HISS 3 Hospital Clínica/medico privado 4 Clínica materno infantil 5 CUPER 6 CESAMO 7 CESAR 8 Personal comunitario 9 Curandero 10 Farmacia 11 En el domicilio 1 2 No	1 Fiebre 2 Tos 3 Diarrea 4 Alergias 5 Otros (Especifique) RM 6 No se enfermó 7 No Sabe	1 Hospital de Secretaría de Salud 2 CESAMO 3 CESAR 4 Clínica/hospital Privado 5 Monitora de Atención Integral 6 Guardián/Voluntario de salud 7 Curandero 8 Farmacia, vendedor de medicamento 9 Pariente, amigo 10 Pulpería 11 Centro de Salud en otro país 12 Enfermera (o)	13 Otros (Especifique) 14 No sabe 15 No busco ayuda	1 2 Sí No	1 2 1 2 Especifique el nombre del centro Educativo Razones de no asistencia 1 Trabajo 2 Distancia 3 Quehaceres en el hogar 4 Problemas de salud 5 Recurso económico 6 Otras					
EDUCACIÓN		OCUPACIÓN					DESEMPLEO		SEGURIDAD SOCIAL	DISCAPACIDAD					
Nivel Educativo, (1) ó (2) pase a 22	Último año grado de estudio aprobado	¿En la última semana era? (5 años y más)	¿Si en la pregunta 22, contestó 1, 2, 3, 4, 5, 11, ó 12, ¿Principal tipo de educación o formación recibida para su desempeño laboral?	Si en la pregunta 22, contestó las opciones 1, 2, 3 ó 4, ¿Cuál fue el total de horas que trabajó la semana pasada?	Si en la pregunta 22, contestó las opciones 1, 2, 3, ó 4, ¿Este empleo es? (27)	Si en la pregunta 22, contestó la opciones, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, ó 12 ¿Sector en el que se desempeña principalmente? (31)	Si en la pregunta 22, contestó las opciones, 5 ú 11, ¿Hace cuanto tiempo aproximadamente esta en situación de desempleo? (32)	Si en la pregunta 22, contestó las opciones, 5, 11, ó 12 ¿por qué motivo no trabajó la semana pasada?	¿Cotiza a? (18 años y más)	¿Presenta algún tipo de discapacidad?	Durante el último mes, ¿dejó usted de hacer alguna de sus actividades diarias o empleo por algún padecimiento o enfermedad crónica?				
(20)	(21)	(22)	(23)	(24)					(35)	(36)	(37)				
1 Ninguno 2 Alfabetización 3 Pre-básica 4 Básica 5 Secundaria ciclo común 6 Secundaria diversificado 7 Técnico superior 8 Superior no universitario 9 Universitaria 10 Post-grado universitario u otro similar	(De 0 a 3) (De 0 a 9) (De 1 a 3) (De 1 a 3) (De 1 a 3) (De 1 a 4) (De 1 a 8) (De 1 a 6)	1 Trabajador asalareado 2 Acuenta 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	1 Formal 2 No formal 3 Informal	Horas por Semana Si en la pregunta 22, contestó 1, 2, 3, ó 4, Normalmente ¿Cuántas horas trabaja a la semana? (25) Horas por Semana Si en la pregunta 22, contestó las opciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, ó 11 ¿Cuánto tiempo laboró en su último o actual empleo? (18 años y más) (26) (26) Años Meses	1 Temporal 2 Permanente	1 Forestal 2 Agricultura 3 Ganadería 4 Pecuario 5 Agroindustrial 6 Minería 7 Turismo 8 Comercial 9 Prestación de servicios 10 Servicio Domestico 11 Manufacturas 12 Gobierno 13 No sabe/No responde 14 Otros	Años Meses Días Si en la pregunta 22, contestó las opciones, 5 ú 11, ¿En los últimos 30 días ha estado buscando activamente un empleo? (33) (33) 1 Sí 2 No	1 Mal tiempo 2 Problemas Familiares 3 Problemas de salud 4 No encuentra oportunidad de empleo 5 Otro	1 RAP 2 INJUPEM 3 IMPREMA 4 IPM 5 IHSS 6 Fondo privado de pensiones 7 Seguro médico privado 8 Sindicato 9 Gremio o asociación de Trabajadores 10 Otros (Especifique) 11 Ninguno 12 No sabe/ No responde RM	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 RM	1 Sí 2 No				

IX CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Número de Documento:

Nombres:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo de Documento:

1

Tarjeta de ID

3

Carné Extranjero

2

Partida de Nacimiento

4

No inscrito

5

No sabe

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

D

D

M

M

A

A

A

A

Edad (años)

Meses

Menos de 1 año

Sexo

M

1

F

2

Embarazada

SI

1

NO

2

De 12 a 49 años

¿Cuántos hijos tiene?

12 años y más

MUJER		SALUD						PARA NIÑOS MENORES 5 AÑOS	EDUCACIÓN (5 años y más)				OCUPACIÓN		DESEMPLEO			SEGURIDAD SOCIAL	DISCAPACIDAD				
En estado de Embarazo	Si tiene hijos, ¿Su último parto fue atendido por un profesional o persona con entrenamiento?	Parentesco con jefe (a) del hogar	Estado Civil (12 y más años)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera	¿Cuándo usted se enfermó, don de es atendido?	En el último año ha llevado al niño a controles de salud (Niños de 0 a 5 años)	¿El niño presento problemas de salud en algún momento de las últimas 2 semanas?	¿Si contesto las opciones 1,2,3,4 o 5, ¿Dónde buscaron consejo o tratamiento? (Anote al menos 1 y máximo 3)	¿Está recibiendo el niño estimulación temprana en un centro de cuidado infantil (Guardería, Day Care)	¿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 22	Último año grado de estudio aprobado	¿En la última semana era? (5 años y más)	SI EN LA PREGUNTA 22, CONTESTÓ LAS OPCIONES			¿En los últimos 30 días ha estado buscado activamente un empleo?	5, 11 ó 12, ¿Por qué motivo no trabajó la semana pasada?	¿Cotiza a? (18 años y más)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? RM		
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	
3 ¿Meses de embarazo?		1728394105612	1728394105612	1728394105612	1728394105612	1 Sí 2 No	1627345	1713281415410511612	1 Sí 2 No	1212	12	12345678910	(De 0 a 3) (De 0 a 9) (De 1 a 3) (De 1 a 3) (De 1 a 4) (De 1 a 4) (De 1 a 8) (De 1 a 6)	1728394105612	Años Me Me	1728394105612	Años Me Me Días	1 Sí 2 No	12345	1728394105612	1 2 3	1728394105612	RM

Número de Documento:

Tipo de Documento:

1

Tarjeta de ID

3

Carné Extranjero

2

Partida de Nacimiento

4

No inscrito

5

No sabe

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)

D

D

M

M

A

A

A

A

Edad (años)

Meses

Menos de 1 año

Sexo

M

1

F

2

Embarazada

Sí

1

No

2

De 12 a 49 años

¿Cuántos hijos tiene?

12 años y más

MUJER		SALUD						PARA NIÑOS MENORES 5 AÑOS	EDUCACIÓN (5 años y más)				OCUPACIÓN		DESEMPLEO			SEGURIDAD SOCIAL	DISCAPACIDAD				
En estado de Embarazo	Si tiene hijos, ¿Su último parto fue atendido por un profesional o persona con entrenamiento?	Parentesco con jefe (a) del hogar	Estado Civil (12 y más años)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera	¿Cuándo usted se enfermó, don de es atendido?	En el último año ha llevado al niño a controles de salud (Niños de 0 a 5 años)	¿El niño presento problemas de salud en algún momento de las últimas 2 semanas?	¿Si contesto las opciones 1,2,3,4 o 5, ¿Dónde buscaron consejo o tratamiento? (Anote al menos 1 y máximo 3)	¿Está recibiendo el niño estimulación temprana en un centro de cuidado infantil (Guardería, Day Care)	¿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 22	Último año grado de estudio aprobado	¿En la última semana era? (5 años y más)	SI EN LA PREGUNTA 22, CONTESTÓ LAS OPCIONES			¿En los últimos 30 días ha estado buscado activamente un empleo?	5, 11 ó 12, ¿Por qué motivo no trabajó la semana pasada?	¿Cotiza a? (18 años y más)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? RM		
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	
4 ¿Meses de embarazo?		1728394105612	1728394105612	1728394105612	1728394105612	1 Sí 2 No	1627345	1713281415410511612	1 Sí 2 No	1212	12	12345678910	(De 0 a 3) (De 0 a 9) (De 1 a 3) (De 1 a 3) (De 1 a 4) (De 1 a 4) (De 1 a 8) (De 1 a 6)	1728394105612	Años Me Me	1728394105612	Años Me Me Días	1 Sí 2 No	12345	1728394105612	1 2 3	1728394105612	RM

(10) Parentesco

1. Jefe

2. Cónyuge

3. Hijo/a

4. Yerno/Nuera

5. Nieto/a

6. Padres/Suegros

7. Hermano/a

8. Trabajador del Hogar

9. Otros parientes

10. Otros no parientes

11. Parientes de trabajadores del hogar

11. Huéspedes

(11) Estado Civil

1. Soltero/a

2. Casa do/a

3. Unión Libre

4. Separado/a

5. Divorciado/a

6. Viudo/a

(12) Grupo Étnico

1. Garífuna

2. Misquito

3. Tawahka

4. Pech

5. Tolupán

6. Maya Chortí

7. Negro de habla Inglesa

8. Lengua

9. Ninguna de los anteriores

10. No sabe

(13) Servicio de salud

1. Hospital Público de Salud

2. Hospital del IHS

3. Hospital Clínica/ médico privada

4. Clínica/hospital Privado

5. CUUPER

6. CESAR

7. CESAR

8. Personal Comunitario

9. Curandero

10. Farmacia

11. En el Domicilio

(15) Niño Presento Problemas

1. Fiebre

2. Tos

3. Diarrea

4. Alergias

5. Otros (Especifique)

6. No se enfermó

7. No Sabe

(16) Dónde Buscaron consejo o tratamiento

1. Hospital de Secretaría de Salud

2. CESAMO

3. CESAR

4. Clínica/hospital Privado

5. Monitora de Atención Integral

6. Guardián/Voluntario de salud

7. Curandero

8. Farmacia, vendedor de medicamento

9. Pariente, amigo

10. Pulpería

11. Centro de Salud en otro país

12. Enfermera (o)

13. Otros (Especifique)

14. No sabe

15. No busco ayuda

(19) Razones de No Asistencia

1. Trabajo

2. Distancia

3. Quehaceres en el Hogar

4. Problemas de Salud

5. Recurso económico

6. Otras

(20) Nivel Educativo

1. Ninguno

2. Alfabetización

3. Pre-básica

4. Básica

5. Secundaria ciclo común

6. Secundaria diversificado

7. Técnico superior

8. Superior no universitario

9. Universitaria

10. Post-grado universitario u otro similar

(22) 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 *

(24) Su Empleo es

1. Temporal

2. Permanente

Formación

1. Formal

2. No formal

3. Informal

(25) Sector en el que se Desempeña

1. Forestal

2. Agricultura

3. Ganadería

4. Pecuuario

5. Agroindustrial

6. Minería

7. Turismo

8. Comercial

9. Prestación de servicios

10. Gobierno

11. Otros

*(28) Razones de no Trabajo

1. Mal tiempo

2. Problemas Familiares

3. Problemas de salud

4. No Encuentra Oportunidad de Empleo

5. Otro

(29) Cotiza a

1. RAP

2. INJUPEM

3. IMPREMA

4. IPM

5. IHSS

6. Fondo privado de pensiones

7. Seguro médico privado de Empleo

8. Sindicato

9. Gremio o asociación de Trabajadores

10. Otros (Especifique)

11. No sabe/No responde

(30) 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