



REPÚBLICA DOMINICANA  
Secretaría de Estado de Economía,  
Planificación y Desarrollo  
**OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA**  
**DEPARTAMENTO DE ENCUESTAS**

**ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES DE  
PROPÓSITOS MÚLTIPLES  
(ENHOGAR 2008)**

**CONFIDENCIAL:** Toda información recogida será mantenida con carácter confidencial  
(Artículo 12, Ley de estadística, No. 5096, mayo 1959) y no será usada con fines fiscales.

No.

SECCIÓN I IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO				
UPM.....				
No. DE LA VIVIENDA EN EL REGISTRO.....				
No. DE LA VIVIENDA EN LA MUESTRA.....				
CANTIDAD DE HOGARES EN LA VIVIENDA.....				
PROVINCIA_____				
MUNICIPIO _____				
DISTRITO MUNICIPAL _____				
ZONA      1 URBANO    2 RURAL.....				
ESTRATOS.....				
SECCIÓN.....				
BARRIO O PARAJE _____				
POLÍGONO.....				
ÁREA.....				
CALLE_____	No._____			
HOGAR NO. .....				
NOMBRE DEL (LA) JEFE (A) DEL HOGAR.....				
VISITA DEL (LA) ENTREVISTADOR (A)				
	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA (dd/mm/aa) .....	.....	.....	.....	DÍA.....
NOMBRE DEL (LA) ENTREVISTADOR (A) .....	.....	.....	.....	MES.....
HORA INICIO .....	.....	.....	.....	AÑO.....
HORA DE TÉRMINO .....	.....	.....	.....	CÓDIGO ENTREVISTADOR..
RESULTADO DE VISITA .....	.....	.....	.....	RESULTADO DE HOGAR..... NÚMERO DE LÍNEA DEL INFORMANTE.....
PRÓXIMA VISITA: FECHA .....	.....	.....	.....	NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....
CÓDIGOS DE RESULTADO				
1- ENTREVISTA COMPLETA	5- VIVIENDA DESTRUIDA			
2- ENTREVISTA INCOMPLETA	6- VIVIENDA DESOCUPADA			
3- MORADOR AUSENTE	7- RECHAZADA			
4- VIVIENDA DE USO TEMPORAL	8- OTRA _____ (ESPECIFIQUE)			
NOMBRE	SUPERVISOR (A):	COORDINADOR DE CAMPO		DIGITADOR A.....
FECHA	.....	.....		DIGITADOR B.....

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
2001	<b>ENTREVISTADOR , OBSERVE Y RESPONDA:</b> <b>¿Cuál es el tipo de esta vivienda?</b>	Casa independiente..... 01 Apartamento..... 02 Pieza en cuartería o parte atrás..... 03 Barracón..... 04 Local no destinado para habitación..... 05 Vivienda en construcción..... 06 Vivienda compartida con negocio..... 07 Otro _____ 96 (Especifique)	
2002	<b>¿Cuál es el material de construcción predominante en las paredes de esta vivienda?</b>	Bloque o concreto..... 01 Madera..... 02 Tabla de palma..... 03 Tejamanil..... 04 Yagua..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
2003	<b>¿Cuál es el material de construcción predominante en el techo?</b>	Concreto..... 01 Zinc..... 02 Asbesto cemento..... 03 Yagua..... 04 Cana..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
2004	<b>¿Cuál es el material de construcción predominante en el piso?</b>	Granito, mármol o cerámica ..... 01 Mosaico..... 02 Cemento ..... 03 Tierra..... 04 Madera..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
2005	<b>¿En qué estado se encuentra la vivienda?</b>  <b>(MARQUE POR OBSERVACIÓN)</b>	MUCHO   POCO   NADA Necesita reparar paredes..... 1   2   3 Necesita reparar techo..... 1   2   3 Necesita reparar piso ..... 1   2   3 Otro _____ 1   2   3 (especifique)	

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
2006	<b>De los siguientes riesgos o fuentes de contaminación dígame a cuáles está expuesta esta vivienda. ¿Está expuesta o próxima a...</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	<b>SI NO</b> a. un río?..... 1 2 b. un barranco?..... 1 2 c. una pendiente pronunciada..... 1 2 d. aguas estancadas?..... 1 2 e. acumulación de basura?..... 1 2 f. cañada con basura/agua contaminada? ..... 1 2 x. otra _____ 1 2 (Especifique)	
2007	<b>¿Esta vivienda es...</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	alquilada?..... 01 propia y ya está paga?..... 02 propia y la está paganado?..... 03 propietario por herencia , regalo o donación?..... 04 prestada por familia amigo u otra persona (ocupante gratuito)?..... 05 prestada por el trabajo (ocupante gratuito)?..... 06 otro _____ 96 (Especifique)	2009 2017 96
2008	<b>¿Cuánto pagan mensualmente por el alquiler de esta vivienda?</b> <b>ENCUESTADOR(A): ANOTE SI ES EN PESOS (RD\$) O EN DOLARES (US\$), SEGUN LA RESPUESTA.</b>	Monto _____ <input type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> Dólares No sabe..... 9998	2018
2009	<b>¿Qué tipo de documentos o papeles de propiedad tienen de la vivienda?</b>	Título registrado..... 01 Escritura en trámite o título..... 02 Escritura o título sin registrar..... 03 Recibo o factura..... 04 Ninguno/ no tienen..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	2012
2010	<b>¿Cuál es la razón principal por la que no tienen título de propiedad de esta vivienda?</b>	No tiene título del terreno..... 01 Es muy costoso..... 02 No sabe cómo obtenerlo..... 03 No sabe qué se necesita..... 04 No hay notario..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
2011	<b>¿A quién pertenece este terreno?</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	Al propio hogar..... 01 Al estado (gobierno, ayuntamiento)..... 02 A otra persona o entidad..... 03 Otro _____ 96 (Especifique) No responde..... 97 No sabe..... 98	

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A		
2012	¿Recibió alguna facilidad, subsidio o ayuda de familiares, entidad privada o gobierno para adquirir esta vivienda?	Sí, de familiares..... 1 Sí, del gobierno..... 2 Sí, de ongs/iglesia..... 3 Sí, de entidad privada (banco)..... 4 No..... 5 No responde..... 7 No sabe..... 8			
2013	¿En qué año adquirió esta vivienda?	Año _____ No sabe..... 9998			
2014	¿En los últimos 12 meses, a esta vivienda se le realizó algún tipo de mejoramiento, reparación o anexos?	Sí ..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	2017		
2015	¿Qué tipo de mejoramiento hicieron?  (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	SI NO NS a. Adicionaron cuartos..... 1 2 8 b. Construyeron cercas o muros..... 1 2 8 c. Construyeron terraza..... 1 2 8 d. Cambiaron el techo..... 1 2 8 e. Cambio de piso de tierra por piso de cemento..... 1 2 8 f. Cambiaron el piso..... 1 2 8 g. Cambio de puertas o ventanas..... 1 2 8 h. Construyeron letrina..... 1 2 8 i. Instalaron inodoro..... 1 2 8 k. Instalaron o construyeron depósito de agua (tinaco, cisterna)..... 1 2 8 x. Otro _____ 1 2 8  (Especifique)			
2016	¿Recibió usted ayuda del gobierno para mejorar la vivienda, en cuánto le ayudó?	Cubrió toda la reparación..... 01 Cubrió una parte del costo..... 02 Aportó materiales..... 03 Aportó mano de obra..... 04 No recibió ayuda..... 05 Otro _____ 96  (Especifique)			
2017	Si tuviera que alquilar esta vivienda, ¿Cuánto cree que le pagarían mensualmente?	Monto _____ <input type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> Dolares No sabe..... 9998			
2018	¿Cuántas habitaciones tiene esta vivienda (la parte que usa este hogar) sin incluir cocina ni baños?	Número de habitaciones..... <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
2019	¿Cuántos cuartos para dormir (aposentos) tiene esta vivienda (o la parte que ocupa este hogar)?	Número de dormitorios..... <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
2020	<b>¿Cuál es el principal combustible que se utiliza en este hogar para cocinar?</b>	Gas propano..... 01 Carbón..... 02 Leña..... 03 Electricidad..... 04 Kerosene..... 05 No cocinan..... 06 → 2023 Otro _____ 96 (Especifique)	
2021	<b>¿Cuál(es) otro(s) combustible(es) utilizan en este hogar para cocinar?</b>  <b>(ACEPTE TODAS LAS RESPUESTAS QUE DE EL INFORMANTE)</b>	Gas propano..... a Carbón ..... b Leña ..... c Electricidad..... d Kerosene..... e Ningún otro..... f Otro _____ x (Especifique)	

**VERIFICAR PREGUNTAS 2020 y 2021**

**SI UTILIZA GAS PROPANO**

**NO UTILIZA GAS PROPANO**  → 2023

2022	<b>¿De qué tamaño es el tanque de gas de uso principal?</b>	500 o más libras..... 01 100 libras..... 02 75 libras..... 03 50 libras ..... 04 Menos de 50 libras..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
2023	<b>¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan para beber los miembros de este hogar?</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	Del acueducto dentro de la vivienda..... 01 Del acueducto fuera de la vivienda..... 02 Del acueducto, llave pública..... 03 Manantial, río, arroyo, canal..... 04 Pozo..... 05 Lluvia..... 06 Camión tanque..... 07 Camioncito..... 08 Agua embotellada..... 09 Otro _____ 96 (Especifique)	
2024	<b>¿En este hogar hierven o filtran el agua para beber?</b>	Sí..... 1 No..... 2 → 2026	
2025	<b>¿La hierven o filtran para todos los miembros del hogar o solo para los niños?</b>	Para todos ..... 1 Sólo para los niños..... 2	

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
2026	<b>¿De dónde procede el agua que utiliza este hogar para lavar, cocinar y bañarse?</b>	Del acueducto dentro de la vivienda..... 01 Del acueducto en el patio de la vivienda..... 02 Del acueducto, llave pública..... 03 Manantial, río, arroyo..... 04 Pozo..... 05 Lluvia..... 06 Camión tanque..... 07 Otro _____ 96 (Especifique)	2029
2027	<b>¿Esta vivienda tiene medidor de agua?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
2028	<b>¿El agua que le llega es suficiente para las necesidades de su hogar?</b>	Sí ..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
2029	<b>¿Qué tipo de servicio sanitario tiene este hogar?</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	Inodoro privado..... 1 Inodoro compartido..... 2 Letrina privada..... 3 Letrina compartida..... 4 No tiene..... 5 No responde..... 7 No sabe..... 8	2031
2030	<b>¿El inodoro está conectado a un pozo séptico o al alcantarillado público?</b>	Pozo séptico..... 1 Alcantarillado público..... 2 Otro _____ 6 (Especifique) No responde..... 7 No sabe..... 8	
2031	<b>¿Esta vivienda está conectada al servicio de energía eléctrica pública?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
2032	<b>¿Cuál es el alumbrado principal en esta vivienda?</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	Electricidad Empresas (CDEEE/EDES)..... 01 Generación privada..... 02 Planta eléctrica..... 03 Lámparas de gas kerosén..... 04 Lámparas de gas propano..... 05 Otro _____ 96 (Especifique)	
2033	<b>¿Qué otro tipo de alumbrado utilizan para el alumbrado de la vivienda?</b>	Generación privada..... 01 Planta eléctrica..... 02 Lámparas de gas kerosén..... 03 Lámparas de gas propano..... 04 Panel solar..... 05 Inversor..... 06 Ninguno..... 07 Otro _____ 96 (Especifique)	

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																																																				
2034	<b>¿La vivienda tiene contador eléctrico?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8																																																																																																																					
2035	<b>¿Pagan una tarifa fija o una tarifa variable que depende del consumo?</b>	Tarifa fija (PRA)..... 1 Tarifa variable..... 2 No pagan..... 3 → 2037 Otro _____ (Especifique) 6 No responde..... 7 No sabe..... 8																																																																																																																					
2036	<b>¿Aproximadamente cuánto paga al mes por consumo de electricidad?</b>	RD\$ _____ No sabe..... 9998																																																																																																																					
2037	<b>¿Cómo se elimina la basura en este hogar? (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	La recoge el ayuntamiento..... 01 La recoge una empresa privada..... 02 La recoge triciclo o carretillero..... 03 La queman..... 04 La tiran en un patio o solar..... 05 La tiran en un vertedero..... 06 La tiran en una cañada..... 07 Otro _____ (Especifique) 96	2040																																																																																																																				
2038	<b>¿En este hogar se paga por la recogida de basura?</b>	Sí, en forma individual..... 1 Sí, con la cuota del condominio..... 2 No..... 3 No responde..... 7 No sabe..... 8	2040																																																																																																																				
2039	<b>¿Está satisfecho con el servicio de recogida de basura?</b>	Muy satisfecho..... 1 Satisfecho..... 2 Algo satisfecho..... 3 Insatisfecho..... 4 Muy insatisfecho..... 5																																																																																																																					
2040	<b>Por favor dígame si hay en su hogar alguno de los siguientes equipos y cuántos tienen:</b>  <b>ENTREVISTADOR: SI, RESPONDE SÍ ANOTE CUANTOS</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">Sí</th> <th align="center">No</th> <th align="center">¿Cuántos?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>aa. equipo de música?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ab. radio?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ac. televisión en blanco y negro?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ad. televisor a color?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ae. video (vhs, dvd)?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>af. servicio de telecab?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ag. teléfono celular?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ah. teléfono residencial?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ai. nevera?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>aj. abanico?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ak. estufa?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>al. horno de microondas?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>am. lavadora de ropa?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>an. calentador de agua?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ao. aire acondicionado?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ap. computadora?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>aq. servicio(conexión) de internet?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ar. cisterna?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>as. tinaco?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>at. inversor?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>au. plancha eléctrica?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>av. bomba de agua?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>aw. yipeta?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ax. motor/pasola?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ay. bicicleta?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ba. carro para uso privado?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>bb. carro para transporte público?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>bc. vehículo de carga o camión?.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	¿Cuántos?	aa. equipo de música?	1	2	_____	ab. radio?	1	2	_____	ac. televisión en blanco y negro?	1	2	_____	ad. televisor a color?	1	2	_____	ae. video (vhs, dvd)?	1	2	_____	af. servicio de telecab?.....	1	2	_____	ag. teléfono celular?.....	1	2	_____	ah. teléfono residencial?.....	1	2	_____	ai. nevera?.....	1	2	_____	aj. abanico?.....	1	2	_____	ak. estufa?.....	1	2	_____	al. horno de microondas?.....	1	2	_____	am. lavadora de ropa?.....	1	2	_____	an. calentador de agua?.....	1	2	_____	ao. aire acondicionado?.....	1	2	_____	ap. computadora?.....	1	2	_____	aq. servicio(conexión) de internet?.....	1	2	_____	ar. cisterna?.....	1	2	_____	as. tinaco?.....	1	2	_____	at. inversor?.....	1	2	_____	au. plancha eléctrica?.....	1	2	_____	av. bomba de agua?.....	1	2	_____	aw. yipeta?.....	1	2	_____	ax. motor/pasola?.....	1	2	_____	ay. bicicleta?.....	1	2	_____	ba. carro para uso privado?.....	1	2	_____	bb. carro para transporte público?.....	1	2	_____	bc. vehículo de carga o camión?.....	1	2	_____	
	Sí	No	¿Cuántos?																																																																																																																				
aa. equipo de música?	1	2	_____																																																																																																																				
ab. radio?	1	2	_____																																																																																																																				
ac. televisión en blanco y negro?	1	2	_____																																																																																																																				
ad. televisor a color?	1	2	_____																																																																																																																				
ae. video (vhs, dvd)?	1	2	_____																																																																																																																				
af. servicio de telecab?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ag. teléfono celular?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ah. teléfono residencial?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ai. nevera?.....	1	2	_____																																																																																																																				
aj. abanico?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ak. estufa?.....	1	2	_____																																																																																																																				
al. horno de microondas?.....	1	2	_____																																																																																																																				
am. lavadora de ropa?.....	1	2	_____																																																																																																																				
an. calentador de agua?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ao. aire acondicionado?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ap. computadora?.....	1	2	_____																																																																																																																				
aq. servicio(conexión) de internet?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ar. cisterna?.....	1	2	_____																																																																																																																				
as. tinaco?.....	1	2	_____																																																																																																																				
at. inversor?.....	1	2	_____																																																																																																																				
au. plancha eléctrica?.....	1	2	_____																																																																																																																				
av. bomba de agua?.....	1	2	_____																																																																																																																				
aw. yipeta?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ax. motor/pasola?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ay. bicicleta?.....	1	2	_____																																																																																																																				
ba. carro para uso privado?.....	1	2	_____																																																																																																																				
bb. carro para transporte público?.....	1	2	_____																																																																																																																				
bc. vehículo de carga o camión?.....	1	2	_____																																																																																																																				

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A										
2041	<b>¿Algún miembro de este hogar recibe regularmente dinero desde el extranjero?</b>	Sí .....1 No responde.....7 No.....2 No sabe.....8											
2042	<b>¿Algún miembro de su hogar tiene algún negocio, producción agrícola/industrial o realiza alguna actividad económica dentro de la vivienda que ocupa este hogar?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	2045										
2043	<b>En el mes anterior, ¿consumieron en este hogar algún producto o mercancía de ese negocio o de la producción agrícola/industrial que tiene el hogar?</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><b>A. AUTOCONSUMO</b> (consumen parte de lo que producen)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><b>B. AUTOSUMINISTRO</b> (consumen parte de lo que adquieren para negocio)</td> </tr> <tr> <td>Sí .....1</td> <td>Sí .....1</td> </tr> <tr> <td>No.....2</td> <td>No.....2</td> </tr> <tr> <td>No responde.....7</td> <td>No responde.....7</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....8</td> <td>No sabe.....8</td> </tr> </table>	<b>A. AUTOCONSUMO</b> (consumen parte de lo que producen)	<b>B. AUTOSUMINISTRO</b> (consumen parte de lo que adquieren para negocio)	Sí .....1	Sí .....1	No.....2	No.....2	No responde.....7	No responde.....7	No sabe.....8	No sabe.....8	2045
<b>A. AUTOCONSUMO</b> (consumen parte de lo que producen)	<b>B. AUTOSUMINISTRO</b> (consumen parte de lo que adquieren para negocio)												
Sí .....1	Sí .....1												
No.....2	No.....2												
No responde.....7	No responde.....7												
No sabe.....8	No sabe.....8												
2044	<b>Aproximadamente, ¿cuánto costaría lo que consumieron el mes anterior en pesos?</b>	RD\$ _____ No responde.....999997 No sabe.....999998											
2045	<b>Podría usted decirme aproximadamente, ¿qué cantidad de dinero ingresó el mes anterior a este hogar?</b>	RD\$ _____ No responde.....999997 No sabe.....999998											
2046	<b>¿Con los ingresos o entradas de su hogar usted considera que viven...</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	muy bien?.....1 bien?.....2 regular?.....3 mal?.....4 muy mal?.....5 No responde.....7 No sabe.....8											
2047	<b>¿A cuál clase social considera usted que pertenece?</b>  <b>(LEERLE LAS ALTERNATIVAS)</b>	Alta.....1 Media alta.....2 Media.....3 Media baja.....4 Baja.....5 No responde.....7 No sabe.....8											
2048	<b>En los últimos 5 años, ¿Las condiciones de vida o bienestar de su hogar han mejorado o han empeorado?</b>	Mejorado .....1 Empeorado .....2 Siguen igual .....3 No responde.....7 No sabe.....8											
	<b>SITUACIONES ADVERSAS</b>												
2049	<b>En los últimos 12 meses, ¿ Se vieron su vivienda, sus bienes o alguien en su hogar afectados por algún fenómeno o desastre natural ?</b>	Sí.....1 No.....2	2052										
2050	<b>¿Qué tipo de fenómeno o desastre natural le afectó?</b>	Inundación por tormenta o huracán?.....1 Tremblor de tierra?.....2 Incendios forestales? .....3 Otro _____6 (Especifique)											

**SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
2051	¿Qué tipo de daños o pérdidas sufrió?	Destrucción total de la casa.....1 Destrucción parcial de la casa.....2 Pérdida de electrodomésticos.....3 Muerte de un miembro del hogar.....4 Otro _____6 (Especifique)	
2052	En los últimos 12 meses, ¿este hogar se vió afectado por los siguientes problemas?  (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	SÍ NO NS a. Pérdida del empleo de algún miembro....1 2 8 b. Baja de ingresos de algún miembro. ....1 2 8 c. Quiebra del negocio familiar.....1 2 8 d. Enfermedad o accidente grave de algún trabajador miembro del hogar .....1 2 8 e. Muerte de un trabajador miembro del hogar que aportaba ingresos .....1 2 8 f. Abandono del jefe o jefa del hogar .....1 2 8 g. Incendio de la vivienda / negocio / propiedad .....1 2 8 h. Fenómenos o desastre natural (inundación, terremoto, etc.).....1 2 8 i. Robo, atraco u otro hecho delictivo.....1 2 8 j. Riña familiar .....1 2 8 k. Pérdida de ayuda en dinero o especie .....1 2 8 x. Otro _____1 2 8 (Especifique)	

**VERIFICAR PREGUNTA 2052.**

SÍ, PRESENTÓ PROBLEMA

NO PRESENTÓ PROBLEMA  → 3001

2053	SI PRESENTO ALGUN PROBLEMA:  ¿Este o estos problemas han significado para el hogar ...	disminución de ingresos? .....1 pérdida de bienes/propiedades? .....2 ambos .....3 ninguno de los anteriores .....4 → 3001	
2054	¿Qué hicieron para compensar o solucionar esta pérdida o disminución de ingresos /bienes /patrimonio?  (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	SI NO NS Gastaron ahorros o inversiones.....1 2 8 Empeñaron bienes. ....1 2 8 Hipotecaron casa o terreno.....1 2 8 Buscaron otros trabajos o negocios.....1 2 8 Salieron a trabajar otros miembros.....1 2 8 Pidieron dinero prestado a un familiar.....1 2 8 Pidieron dinero prestado a un amigo .....1 2 8 Vendieron la casa o un terreno.....1 2 8 Vendieron alguna joya.....1 2 8 Vendieron aparatos equipos, máquinas.....1 2 8 Pidieron o aceptaron la ayuda de los Vecinos.....1 2 8 Otro _____1 2 8 (Especifique)	

**SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

NACIMIENTO			PARENTESCO	SEXO	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS	SOLO PARA CASADO(A) Y UNIDO(A)	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR
No. de línea	3003. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (nombre)?  ENTREVISTADOR: ANOTE EL DÍA Y EL MES CON 2 DÍGITOS Y EL AÑO CON 4 DÍGITOS.  SI NO SABE EL DÍA O EL MES ANOTE “98”.  SI NO SABE EL AÑO ANOTE “9998”.	3004. ¿Cuál es el parentesco de (nombre) con el(la) jefe(a) del hogar?	3005. ¿Es (nombre) varón o hembra?	3006. ¿Actualmente está (nombre)... (LEERLE LAS ALTERNATIVAS)	3007. ¿Actualmente el cónyuge de (nombre) vive...?	3008. ¿Tiene (nombre) el documento de nacimiento?	3009. ¿Se ha iniciado algún trámite para sacarle a (nombre) el acta de nacimiento?
		01. Jefe(a) 02. Cónyuge 03. Hijo(a) 04. Hijoastro(a) 05. Nieto(a) 06. Yerno o nuera 07. Padre, madre	08. Suegro(a) 09. Hermano(a) 10. Abuelo(a) 11. Otro paciente 12. Doméstico(a) 13. No paciente	(ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA)	Casado(a)?.....1 Unido(a)?.....2 Viudo(a)?.....3 Divorciado(a)?.....4 separado(a) de matrimonio legal o religioso?.....5 separado(a) de unión libre?.....6 Soltero(a)?.....7	en este hogar?.....1 en otro hogar en la misma comunidad?.....2 en otra provincia?.....3 fuera del país?.....4 No tiene pero fue declarado?.....5 No ha sido declarado?.....6 No responde?.....7 No sabe?.....8	Si .....1 → 3011 No .....2 No responde .....7 No sabe .....8
		Día	Mes	Año	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
01				01	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
02					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
03					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
04					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
05					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
06					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
07					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
08					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
09					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
11					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
12					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**SECCIÓN III. CARACTÉRISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

**PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

<b>No. de Línea</b>	<b>3010. ¿Cuál es la razón principal por la que no se ha realizado ningún trámite para sacarle a (nombre) su acta de nacimiento?</b>	<b>3011. ¿De quién se recibió ayuda (orientación o acompañamiento) en el trámite del acta de nacimiento de (nombre)?</b>	<b>3012. ¿(Nombre) tiene o ha sacado cédula de identidad y electoral?</b>	<b>3013. ¿(Nombre) ha iniciado algún trámite para obtener su cédula de identidad y electoral?</b>	<b>3014. ¿Cuál es la razón principal por la cual (nombre) no ha hecho ningún trámite para obtener su cédula de identidad?</b>	<b>3015. ¿De quién se recibió ayuda (orientación o acompañamiento) en el trámite de la cédula de identidad (nombre)?</b>
		No la necesita .....01 No sabe cómo declarar.....09 No le interesa.....02 Muy difícil conseguirla..11 Se le perdió.....03 Pagaría.....12 La Oficialia del Estado Civil.....12 De ONG/iglesia.....13 Otro....98 No tiene el certificado de nacido vivo.....04 Familiares y amigos.....97 No se recibió ayuda.....05 Otro.....96 No responde.....06 No sabe.....98 <b>TODAS LAS RESPUESTAS PASAN A LA 3012</b>	Si tiene.....1 → 3015 La sacó pero no la tiene.....2 Nunca ha sacado cédula.....3 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	No la necesita .....01 No sabe como conseguirla.....11 Muy difícil conseguirla.....02 Se le perdió.....12 Otra.....96 De ONG's.....03 Familiares y amigos.....97 No sabe.....98 No se recibió ayuda.....05 Otro.....96 No responde.....09 No sabe.....98 <b>TODAS LAS RESPUESTAS PASAN A LA 3016</b>	Del programa SOLIDARIDAD.....01 La Oficialia del Estado Civil.....02 De ONG/iglesia.....03 Otro....98 No responde.....04 Familiares y amigos.....04 No se recibió ayuda.....05 Otro.....96 No responde.....06 Miedo a las autoridades.....06 Distancia, transporte.....07 El papá no lo ha querido declarar.....09
<b>01</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>02</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>03</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>04</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>05</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>06</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>07</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>08</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>09</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

PARA TODOS LOS MIEMBROS											
PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS											
<b>No. de línea</b>	<b>3016. ¿Tiene (nombre) algún tipo de invalidez o discapacidad física o mental?</b>	<b>3017. ¿Qué tipo de discapacidad o invalidez tiene (nombre)?</b>		<b>3018. ¿Dónde adquirió (nombre) esa discapacidad?</b>	<b>3019. ¿Esas discapacidades son...</b>	<b>3020. ¿(Nombre) ha recibido alguna vez en su vida algún tipo de ayuda por su condición de discapacidad?</b>	<b>3021. ¿De quién recibió la ayuda (nombre)?</b>	<b>3023. ¿Alguna vez (nombre) asistió a la escuela o colegio?</b>	<b>3024. ¿Por qué razón (nombre) nunca asistió a la escuela o colegio?</b>		
		<b>3017. ¿Qué tipo de discapacidad o invalidez tiene (nombre)?</b>	<b>3019. ¿Esas discapacidades son...</b>								
01	Sí..... 1 No..... 2	3017.1 Pérdida de alguna extremidad..... a Ceguera total..... b Ceguera parcial..... c Sordera total..... d Sordera parcial..... e No puede hablar o emitir ningún sonido(mudez)..... f Habla con dificultad..... g No puede caminar o lo hace con mucha dificultad (con ayuda de aparatos)..... h No puede agarrar objetos o lo hace con dificultad..... i Discapacidad mental ..... j Demencia Senil..... k Otra..... x ACEPTE HASTA 3 RESPUESTAS	3018.1 En accidente en el trabajo..... 1 En accidente de tránsito..... 2 En accidente en el hogar..... 3 Por enfermedad..... 4 De nacimiento..... 5 No responde..... 6 No sabe..... 7 3022 No responde..... 8	3019.1 permanentes?..... 1 Temporales?..... 2 No responde..... 3 No sabe..... 8	3020.1 Del Gobierno..... 1 De ONG/iglesia..... 2 Familares y amigos..... 3 No se recibió ayuda..... 4 No responde..... 7 No sabe..... 8	3021.1 Si..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	3023.1 Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	3024.1 Tendía que trabajar..... 1 Tenía que hacer tareas de la casa..... 2 No había escuela..... 3 La escuela estaba lejos..... 4 No había profesor..... 5 No había lugar en la escuela..... 6 No tenía dinero..... 7 No le gusta la escuela..... 8 No tenía acta de nacimiento..... 9 No está aen edad escolar..... 10 Nunca lo inscribieron..... 11 Otro..... 96			
02	No responde..... 7 No sabe..... 8										
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

**SECCIÓN III. CARACTÉRISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

PARA PERSONAS QUE SABEN LEER Y ESCRIBIR  
Y NUNCA ASISTIERON A LA ESCUELA  
VERIFICAR: PREGUNTA 3022 = 1 Y 3023 = 2

<b>No. de línea</b>	<b>3025. ¿Cómo aprendió a leer y escribir si nunca fue a la escuela?</b>	3026. ¿Qué tiempo hace que (nombre) aprendió a leer y escribir?		<b>3027. ¿Cuál fue el año o curso más alto que aprobó (nombre) y de qué nivel?</b>	<b>3028. ¿Se matriculó (nombre) en el presente año escolar o está inscrito en la universidad?</b>	<b>3029. ¿Actualmente (nombre) está asistiendo a clases?</b>	3030. ¿Por qué razón (nombre) no se inscribió o no está asistiendo a clases?		<b>3031. ¿En qué año y nivel se matriculó (nombre) en el período escolar 2009 - 2010?</b>	<b>3032. ¿La institución a tanda asiste (nombre) asiste es...</b>	<b>3033. ¿A cuál Mañana.....1 Tarde.....2 Noche.....3 Otra.....6 No responde.....7 No sabe.....8</b>
		Programa de alfabetización.....1 Le enseñaron familiares.....2 Le enseñaron amigos.....3 Aprendió solo.....4 Otro.....6	SIMENOS DE 1 AÑO ANOTE 00.				1 Inicial o Pre-escolar.....1 Básico o Primario.....2 Medio o secundario.....3 Superior o Universitario.....4 Post Grado.....5 Ninguno.....6	Si.....1 → 3031 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8			
		<b>ENTREVISTADOR: PASE A PREGUNTA 3045</b>				<b>SI NO ESTÁ MATRICULADO ACTUALMENTE PASE A 3041</b>					
		<b>a) Año</b>		<b>b) Nivel</b>		<b>a) Año</b>		<b>b) Nivel</b>			
<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>02</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>03</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>04</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>05</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>06</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>07</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>08</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>09</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>10</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>11</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SECCIÓN III. CARACTÉRISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD																																																		
No.	3034. ¿En la escuela o colegio (nombre) recibe desayuno escolar?	3035. ¿Tiene que pagar por el desayuno escolar?	3036. ¿En la escuela o colegio (nombre) recibe almuerzo escolar?	3037. ¿En la escuela o colegio (nombre) recibió los libros de texto?	3038. ¿En la escuela o colegio (nombre) recibe otro tipo de ayuda para fines escolares?	3039. ¿En los últimos 30 días (nombre) faltó alguna vez a clases?	3040. ¿Cuántos días faltó (nombre) a clases?	3041. ¿Estuvo (nombre) inscrito o matriculado en la escuela o colegio el año pasado, es decir en el periodo 2008-2009?	3042. ¿En qué curso y nivel estuvo (nombre) matriculado el periodo pasado? (Periodo 2008 - 2009)	3043. ¿(Nombre) el año pasado aprobó, reprobó (se quemó) o no terminó periodo? (Periodo 2008 - 2009)																																								
Sí..... No..... No responde.... No sabe.....	Sí..... No..... No responde.... No sabe.....	Sí..... No..... No responde.... No sabe.....	Sí..... No..... No responde.... No sabe.....	Sí..... No..... No responde.... No sabe.....	Sí..... No..... No responde.... No sabe.....	3041 Si..... No..... No responde.... No sabe.....	3041 1 2 3 4 5 6 7 8	Si..... No..... No responde.... No sabe.....	3044 Si..... No..... No responde.... No sabe.....	3045 1 2 3 4 5 6 7 8																																								
<p align="center">(ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Días</th> <th>a) Curso</th> <th>b) Nivel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>02</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>03</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>04</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>05</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>06</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>07</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>08</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>09</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>												Días	a) Curso	b) Nivel	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Días	a) Curso	b) Nivel																																																
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<p align="center">NIVEL EDUCATIVO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dejó los estudios.....</th> <th>Aprobó.....</th> <th>Reprobó.....</th> <th>No responde.....</th> <th>No sabe.....</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </tbody> </table>												Dejó los estudios.....	Aprobó.....	Reprobó.....	No responde.....	No sabe.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
Dejó los estudios.....	Aprobó.....	Reprobó.....	No responde.....	No sabe.....																																														
1	2	3	4	5																																														
6	7	8	9	10																																														

**SECCIÓN III. CARACTÉRISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

<b>PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD</b>				<b>PARA TODOS LOS MIEMBROS</b>															
No. de línea	3044. ¿Por qué (Nombre) dejó los estudios o no se matriculó el año pasado, algun curso técnico o vocacional?  Tenía que trabajar.....01 Tenía que hacer tareas de la casa.....02 Cerraron la escuela.....03 No había transporte.....04 La familia se mudó.....05 La escuela estaba lejos.....06 No había profesor.....07 Lo botaron/mala conducta.....08 Lo botaron/falta acta nacimiento...09 No tenía dinero.....10 No me gustaba la escuela.....11 Quedó embarazada.....12 Otro.....96	3045. ¿(Nombre) estudia o estudió algun curso técnico o vocacional?  Tener que trabajar.....01 Cerraron la escuela.....03 No había transporte.....04 La familia se mudó.....05 Estudia actualmente.....1 Estudió antes.....2 Estudió actualmente y antes.....3 No responde.....4 No.....5 No sabe.....8	3046. ¿Cuál es el curso técnico o vocacional más importante que (nombre) estudia o estudió?  -3048	3047. ¿En qué institución (nombre) realiza o realizó el curso técnico o vocacional?  -3048	3048. ¿En qué provincia/municipio de la Rep. Dom. o en qué país del extranjero vivía la madre de (nombre) cuando él/ella nació?  ENTRE VISTADOR:  SI NO SABE LA PROVINCIA O MUNICIPIO EN QUE NACIÓ ANOTE "98". SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS. SI NO SABE EN CUAL PAÍS NACIÓ Y NO ES DOMINICANO ANOTE "998".	3049. ¿Ese lugar está en...  donde se realiza la entrevista?.....1 Otro lugar del país?.....2 en el extranjero?.....3 No sabe.....8													
	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN III. CARACTÉRISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

PARA TODOS LOS MIEMBROS				PARA MIEMBROS DE 5 Y MÁS AÑOS				SALUD PARA MIEMBROS DE 0 A 5 AÑOS			
No. de línea	3050. ¿En qué año vino (nombre) a vivir a la Rep. Dom.? ANOTE EL AÑO. SI NO SABE EL TIEMPO ANOTE "9998"	3051. ¿Cuánto tiempo más espera vivir (nombre) en la República Dominicana? ENTREVISTADOR: SI UN AÑO O MAS ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE MESES, SI ES MENOS DE 1 MES ANOTE "00". SI NO SABE EL TIEMPO ANOTE "98". Año ..	3052. ¿En qué país vivía (nombre) antes de venir a vivir a la República Dominicana? ENTREVISTADOR: SI UN AÑO O AÑO ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE MESES, SI ES MENOS DE 1 MES ANOTE "00". SI NO SABE EL TIEMPO ANOTE "98". Meses	3053. ¿Dónde residía (nombre) hace 5 años? ENTREVISTADOR: SI NO SABE LA PROVINCIA O MUNICIPIO EN QUE VIVIA ANOTE "98". SI VIVIA EN EL EXTRANJERO ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS. SI NO SABE EN CUÁL PAÍS VIVIA Y NO ES DOMINICANO ANOTE "998".	3054. ¿En los últimos 12 meses llevó a (nombre) a un centro de salud a hacerse cheques para ver cómo va su crecimiento y desarrollo? Sí.....1 No.....2 No responde....7 No sabe.....8	3055. ¿Normalmente, cada qué tiempo lo lleva? Cada 4 meses...01 Cada 3 meses (trimestral)...02 Cada 2 meses...03 Cada mes (mensual)...04 Cada 15 días (quincenal)...05 Cuando necesita.....06 Otro.....07 No responde....97 No sabe.....98	3056a. Cheques médicos rutinarios Cada 4 meses...01 Cada 3 meses (trimestral)...02 Cada 2 meses...03 Cada mes (mensual)...04 Cada 15 días (quincenal)...05 Cuando necesita.....06 Otro.....07 No responde....97 No sabe.....98	3056b. Vacunación Sí.....1 No.....2 No sabe....8	3056c. Otro		
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

SALUD PARA MIEMBROS DE 0 A 5 AÑOS											
No. de línea	3057. ¿Dónde tuvo lugar ese último control?	3058. ¿Quién se lo chequeó?	3059. ¿Tiene (nombre) la cédula o tarjeta de salud?	3060. ¿Por qué razón no lo lleva a hacerse cheques de salud?	3061. ¿(Nombre) tuvo diarrea en las últimas dos semanas?	3062. ¿Durante el tiempo que tuvo diarrea le dio la misma cantidad de líquidos que de costumbre, le dio más o le dio menos?	3063. ¿Durante el tiempo que tuvo diarrea le dio la misma cantidad de líquidos que de costumbre, le dio más o le dio menos?	3064. ¿En las últimas dos semanas (nombre) ha estado enfermo con tos acompañada de respiración agitada y rápida o dificultad para respirar?	3065. ¿Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea le dio la misma cantidad de líquidos que de costumbre, le dio más o le dio menos?	3066. ¿Durante el tiempo que (nombre) tuvo diarrea le dio la misma cantidad de líquidos que de costumbre, le dio más o le dio menos?	
	Hospital de SESPAS.....01 Clínica rural de SESPAS.....02 Consultorio o dispensario de SESPAS.....03 Hospital del IDSS.....04 Polifuncional, consultorio o dispensario del IDSS.....05 Hospital o dispensario militar.....06 Clínica o dispensario privado.....07 Clínica o dispensario de iglesia o patronato.....08 Otra.....09 No responde.....97 Noseabe.....98	Médico general.....1 Pediatra.....2 Osteótra.....3 Otro.....6 No responde.....7 No sabe.....8	Tiene la cédula de salud.....1 Tiene otro tipo de tarjeta de salud.....2 No.....3 No responde.....7 No sabe.....8	No lo necesita.....1 El centro médico está lejos.....2 No tiene dinero.....3 Otro .....6 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No responde.....2 No sabe.....8	Le dio más.....1 Misma cantidad.....2 Le dio menos.....3 No le dio líquidos.....4 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No responde.....2 No sabe.....8	Sí.....1 No responde.....2 No sabe.....8	Sí.....1 No responde.....2 No sabe.....8	Sí.....1 No responde.....2 No sabe.....8	
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

		PARA MIEMBROS DE 5 AÑOS Y MÁS													
		PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS													
No.	4001. (nombre) ¿Trabajó o realizó alguna actividad económica por lo menos una hora durante la semana anterior?	4002. Aunque no trabajó la semana anterior (nombre), ¿Tenía algún empleo, negocio o actividad a la que volverá?	4003. ¿Por qué no trabajó (nombre) la semana anterior?	4004. ¿Cuántas semanas ha estado (nombre) ausente del trabajo?	4005. La semana anterior, ¿Realizó (nombre) alguna de las siguientes actividades?	4006. (Nombre) ¿buscó trabajo, la semana anterior o estuvo tratando de establecer su propio negocio o empresa?	4005a. FILTRO: MARQUE SI LA PERSONA ESTÁ OCUPADA, CHEQUEANDO LAS PREGUNTAS 4001, 4002 Y 4005.								
Si..... No..... No responde..... No sabe.....		1 → 4005a 2 7 8		01 Enfermó..... 02 En vacaciones..... 03 Mal tiempo (lluvia)..... 04 Disputa laboral (huelga)..... 05 Poca actividad económica..... 06 Obligaciones familiares..... 07 Obligaciones personales..... 08 Licencia médica..... 09 Licencia estudiantil..... 10 Otra..... 96 No responde..... 97 No sabe..... 98		01 ANOTE EN SEMANAS TODAS PASAN A 4005a		01 A. Cultivó, cosechó o cuidó ganado. E. Ayudó algún familiar en su negocio, empresa o finca. F. Cocío, planeché, limpió casa, lavó ropa, podó jardines (no de su hogar). G. Cuidó niños, ancianos o enfermos no miembros de su hogar.		Sí..... No..... 1 → 4020 2 7 8		Sí..... No..... 1 → 4008 2 7 8			
1 2 7 8		1 → 4005 2 7 8		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12					
				Semanas											
01		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
02		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
03		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
04		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
05		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
06		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
07		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
08		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
09		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
10		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
11		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
12		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

<b>PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS</b>														
<b>No. de línea</b>	<b>4007. Durante las 4 semanas anteriores, (nombre) ¿Ha buscado trabajo o trató de establecer su propio negocio o empresa?</b>	<b>4008. Qué hizo principalmente (nombre) para buscar trabajo o establecer su propio negocio o empresa durante las 4 semanas anteriores?</b>				<b>4009. ¿Cuántos meses hace que (nombre) está buscando trabajo o tratando de establecer su propio negocio o empresa?</b>				<b>4010. ¿Por qué (nombre) no ha buscado trabajo?</b>				<b>4011. ¿Habrá aceptado (nombre) un trabajo la semana anterior si le hubieran ofrecido uno?</b>
		4008a. Visitó fábricas, oficinas públicas, oficinas privadas, fincas, etc.	4008b. Pidió ayuda a terceras personas.	4008c. Contestó anuncios en periódicos, radio, televisión, etc.	4008d. Solicitó permiso o licencia para establecer un negocio.	4008e. Solicitud financiamiento prestamista para fines de negocio propio.	4008f. Acudió a préstamo para fines de negocio propio.	4008g. Buscó equipos o materiales para empezar un negocio.	4008x. Otro.	4008y.	4008z.	4008aa.	4008bb.	
Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8 No responde..? 4010 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 No responde.. 7 No sabe..... 8
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

		PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS												
No. de línea	4012. ¿Dispone (nombre) del tiempo y las condiciones necesarias para salir a trabajar?	4013. (Nombre) ¿ha trabajado antes?	4014. ¿Durante cuánto tiempo (nombre) trabajó en esa ocupación?	4015. ¿Ese trabajo de (nombre) era de tipo:	4016. ¿En esa ocupación (nombre) era...	4017. ¿Cuál fue la razón principal por la cual (nombre) dejó ese trabajo?	4018. ¿Cuánto tiempo hace que (nombre) no trabaja?	4019. ¿Cuánto salió de ese trabajo, recibió prestación por cesantía?						
						EMPLEADO U OBRERO:								
						del gobierno general?.....01 en empresas o instituciones públicas?.....02 de empresas o instituciones privadas?.....03 de zona franca?.....04 trabajador por cuenta propia profesional?.....05 contratado a plazo fijo (con tiempo definido)?.....06 trabajador por cuenta propia no profesional?.....07 por producto (obra, tarea o servicio)?.....08 Oro.....09 5 SI ES MENOS DE 1 MES ANOTE “00”. SI NO SABE EL TIEMPO ANOTE “998”. 4 5 Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8 4046	Lo despidieron.....01 Venció el tiempo.....02 Se terminó la cosecha.....03 Se mudó de lugar.....04 Cerró la empresa o negocio.....05 Tenía que estudiar.....06 Motivos de salud.....07 Quedaba muy lejos de mi casa.....08 Tenía que cuidar/atender la casa.....09 Tenía que cuidar niños/as.....10 Tenía que cuidar envejecientes.....11 Se jubiló o pensionó.....12 Otro.....10 96							
						Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

## SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS

## PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS

No. de línea	4020. Hablemos de su trabajo principal. ¿Cuál es el oficio u ocupación que realiza (nombre) como ocupación principal?	4021. ¿A qué se dedica principalmente el establecimiento en el que (nombre) desarrolla su ocupación principal?	4022. ¿En esa ocupación (nombre) es... ¿Cuántas horas trabaja a fin de aumentar sus ingresos?	4023. Regularmente, ¿Le gustaría trabajar más horas de las que actualmente trabaja a fin de aumentar sus ingresos?	4024. ¿Le gustaría trabajar más horas de las que actualmente trabaja a fin de aumentar sus ingresos?	4025. ¿Ese trabajo de (nombre) es de tipo:
OCCUPACIÓN	CÓDIGO	ACTIVIDAD	CÓDIGO	Horas	Horas	
01				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS											
<b>No. de línea</b>	<b>4026. En su ocupación principal ¿(nombre) ha firmado contrato de trabajo?</b>	<b>4027. ¿Qué tipo de contrato ha firmado?</b>	<b>4028. ¿El establecimiento, empresa, negocio, actividad económica o actividad donde trabaja (nombre) es...?</b>	<b>4029. ¿Cuántas personas trabaja en ese negocio, actividad económica o empresa?</b>	<b>4030. ¿El establecimiento o negocio tiene permiso para operar?</b>	<b>4031. ¿En la empresa, negocio o lugar de trabajo (nombre) está afiliado a...?</b>			<b>4032. ¿Tiene (nombre) una segunda ocupación?</b>		
						<b>4031a. Seguro de salud</b>	<b>4031b. AFP o plan de pensiones</b>	<b>4031c. Seguro de vida</b>	<b>4031d. Sindicato de trabajadores</b>	<b>4031e. Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8</b>	<b>4032a. Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8</b>
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

**PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS**

No. de línea	4033. (nombre), hablamos de su trabajo secundario ¿Cuál es el oficio u ocupación que realiza en su ocupación secundaria?	4034. (Nombre) ¿A qué se dedica principalmente el establecimiento en el que desarrolla su ocupación secundaria?	4035. ¿En esa ocupación (nombre) Regularmente, ¿Le gustaría ¿Cuántas horas trabaja (nombre) a la semana en su ocupación secundaria?	4036. ¿Le gustaría trabajar más horas de las que actualmente trabaja a fin de aumentar sus ingresos?	4037. ¿Ese trabajo de (nombre) es de tipo:
<p><b>EMPLEADO U OBRERO:</b></p> <p>del gobierno general?.....01 en empresas o instituciones públicas?.....02 de empresas o instituciones privadas?.....03 de zona franca?.....04</p> <p>Trabajador por cuenta propia profesional?.....05 trabajador por cuenta propia no profesional?.....06</p> <p><b>PATRÓN:</b></p> <p>de empresas no constituidas en sociedad?.....07 de empresas constituidas en sociedad?.....08 ayudante familiar o no familiar no remunerado?.....09 trabajador del hogar (servicio doméstico)?.....10</p> <p>Permanente (sin tiempo definido)?.....1 temporal o estacional?.....2 contratado a plazo fijo (con tiempo definido)?.....3 por producto (obra, tarea o servicio)?.....4 Otro.....5</p>					
OCCUPACIÓN	CÓDIGO	ACTIVIDAD	CÓDIGO	Horas	
01				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

<b>PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS</b>											
No.	4039. En su ocupación secundaria, (nombre) ha firmado contrato de trabajo?	4040. ¿Qué tipo de contrato ha firmado?	4041. ¿Cuánto ganó (nombre) el mes pasado en su segunda ocupación?	4042. En su ocupación principal, ¿Cuánto ganó (nombre) por concepto de sueldo, jornal o ganancia y qué período comprende?	4043. ¿Cuánto ganó (nombre) por días trabajados (nombre) por semana en su ocupación principal?	4044. ¿Cuánto ganó (nombre) en todas sus ocupaciones por concepto de...	4044. ¿Cuánto ganó (nombre) en todas sus ocupaciones por concepto de...	4044a. comisiones?	EL MES PASADO 4044b. propinas?	ÚLTIMOS 12 MESES 4044c. vacaciones pagadas?	
4042a.											
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RD\$ _____	RD\$ _____	

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

**PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS**

No. de línea	4044. ¿Cuánto ganó (nombre) en todas sus ocupaciones por concepto de...	PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS											
4045. En todas sus ocupaciones (nombre), ¿Recibió por su trabajo el mes pasado pagos en especie por los siguientes conceptos?: ¿Cuánto recibió equivalente en pesos?													
ÚLTIMOS 12 MESES													
	4044d. dividendos?	4044e. bonificación?	4044f. regalía pascual?	4044g. útilidades empresariales?	4044h. beneficios marginales?	4045a. Alimentos	4045b. Vivienda	4045c. Transporte/ gasolina	4045d. Celulares	4045e. Servicio guardería infantil	4045x. Otros		
01	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
02	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
03	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
04	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
05	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
06	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
07	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
08	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
09	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
10	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
11	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		
12	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____		

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS											
No. de línea	4046. ¿El mes pasado recibió dinero por? ¿Cuánto recibió en pesos?										
	Pensión o jubilación	4046a.	4046b.	4046c.	4046d.	4046e.	4046f.	4046g.	4046h.	4046i.	AYUDAS
	Aquiles o ventas de propiedades	Remesas de familiares y no familiares que viven en el país	Remesas de familiares y no familiares del extranjero	Divorcio, herencia, seguro de vida o accidente, juegos u otros ingresos ocasionales	Regalos u obsequios de otros hogares o del extranjero	Ayuda del Gobierno	Ayuda de empresas privadas	Regalos u obsequios de otros hogares o del extranjero	4046h.	4046i.	4046x.
	No recibo.....000000	No recibo.....000000	No recibo.....000000	No recibo.....000000	No recibo.....000000	No recibo.....000000	No recibo.....000000	No recibo.....000000	4046h.	4046i.	4046x.
	No responde..999997	No responde..999997	No responde..999997	No responde..999997	No responde..999997	No responde..999997	No responde..999997	No responde..999997	4046h.	4046i.	4046x.
	No sabe.....999998	No sabe.....999998	No sabe.....999998	No sabe.....999998	No sabe.....999998	No sabe.....999998	No sabe.....999998	No sabe.....999998	4046h.	4046i.	4046x.
01	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
02	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
03	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
04	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
05	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
06	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
07	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
08	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
09	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
10	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
11	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____
12	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____	RD\$ _____

**SECCIÓN IV. MERCADO DE TRABAJO E INGRESOS**

**PARA POBLACIÓN OCUPADA**

No. de línea	FILTRO: ENTREVISTADOR: VERIFIQUE FILTRO 4005a Y CADA CÓDIGO EN LA LÍNEA CORRESPONDIE TE Y CONTINUE LA ENTREVISTA CON LOS QUE TENGAN CÓDIGO 1.	4047. ¿(Nombre) actualmente está afiliado al Seguro de Riesgos Laborales?  Sí.....1→ 4049 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	4048. ¿Por qué no está afiliado?  01 No está trabajando actualmente..... 02 No sabe como hacerlo..... 03 No está obligado legalmente..... 04 El dinero no le alcanza..... 05 No está interesado..... 06 Por problemas financieros de la empresa..... 07 Condición de trabajo impuesta por el empleador..... 08 Condición de trabajo solicitada por el trabajador..... 09 Por acuerdo mutuo entre trabajador y empleador..... Otro..... No responde..... No sabe.....	4049. ¿En los últimos 12 meses, (nombre) ha sufrido alguna vez de una enfermedad laboral o de un accidente laboral en su empresa o durante el traslado desde y hacia su lugar de trabajo?  01 Accidente en la empresa donde trabaja 02 Accidente en la Enfermedad laboral 03 Ingar de trabajo 04 desde el 05 lugar de 06 trabajo 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98	4050a. Servicios médicos y quirúrgicos 4050b. Todos los medicamentos 4050c. Servicios de rehabilitación	4050d. Emergencia en la prestadora de servicios médicos 4050e. Prestaciones en dinero. Monto mensual	4050f. Pensión por discapacidad temporal
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN V. CONOCIMIENTO Y PERCEPCIONES SOBRE SEGURIDAD SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
<b>CONOCIMIENTOS SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL</b>			
5001	¿Conoce usted o ha oído hablar de la Seguridad Social?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
5002	¿Conoce usted o ha oido hablar de la Ley 87-01 que establece el Sistema Dominicano de la Seguridad social en la República Dominicana?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
5003	¿Conoce usted los derechos que ofrece la Ley de Seguridad Social sobre...  ENTREVISTADOR: LEA LAS ALTERNATIVAS Y SELECCIONE LAS QUE APLICAN	Sí No NS a. pensión por vejez?.....1 2 8 b. pensión por discapacidad?.....1 2 8 c. pensión por cesantía por edad avanzada?.....1 2 8 d. pensión de sobrevivencia?.....1 2 8 e. pensiones no contributivas a envejecientes pobres?.....1 2 8 f. Seguro Familiar de Salud?.....1 2 8	
5004	¿Sabe usted, según la Ley 87-01, a qué edad una persona puede pensionarse por vejez?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	5006
5005	¿Sabe usted cuál es la edad mínima de pensión por vejez de acuerdo con la Ley 87-01?	Edad.....  No responde.....97 No sabe.....98	
5006	¿Sabe usted, cuál es el tiempo de trabajo mínimo para obtener una pensión de trabajo por vejez de acuerdo la Ley 87-01?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	5008
5007	(Nombre) ¿Cuál es el tiempo de trabajo mínimo para obtener una pension por vejez de acuerdo con la Ley 87-01?	Tiempo mínimo.....  No responde.....97 No sabe.....98	
5008	Usted o su cónyuge ¿tienen contratado algún seguro de vida?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>CONOCIMIENTOS SOBRE SEGUROS LABORALES</b>			

VERIFICAR FILTRO 4005a, EL INFORMANTE ESTA...

OCUPADO

NO OCUPADO  → 6001

5009	¿Existe un comité de higiene y seguridad laboral en la empresa/entidad donde usted labora?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
5010	¿Conoce usted el Reglamento de higiene y seguridad laboral de la empresa o entidad donde labora?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	

**SECCIÓN V. CONOCIMIENTO Y PERCEPCIONES SOBRE SEGURIDAD SOCIAL**

<b>NO. PREG.</b>	<b>PREGUNTAS Y FILTROS</b>	<b>CATEGORÍAS Y CÓDIGOS</b>	<b>PASE A</b>
<b>5011</b>	<b>¿Existe un departamento de prevención de riesgos laborales en la entidad donde usted labora?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>5012</b>	<b>¿Ha recibido capacitación en prevención de riesgos laborales en la entidad donde labora?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>5013</b>	<b>¿Conoce usted o ha escuchado hablar de la prestación por cesantía a la que tienen derecho los trabajadores de acuerdo con el Código Laboral?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>5014</b>	<b>¿Tiene usted conocimiento de la existencia del Seguro de Riesgos Laborales en la LEY 87-01, que protege al empleado contra los riesgos de accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>5015</b>	<b>¿Tiene usted conocimiento de que el Seguro de Riesgos Laborales incluye la protección al empleado contra los riesgos de accidente de tránsito cuando la persona se traslada desde y hacia su lugar de trabajo?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>5016</b>	<b>¿Tiene usted conocimiento de que el Seguro de Riesgos Laborales protege al empleado contra enfermedades vinculadas con la profesión u oficio?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>5017</b>	<b>¿A través de qué medio o fuente aprendió usted sobre el Seguro de Riesgos Laborales?</b>	Radio.....01 Televisión.....02 Periodico/semanario.....03 Revista.....04 Brochur.....05 A traves de familiares o amigos.....06 Otro _____ (Especifique) .....96 No responde.....97 No sabe.....98	

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
<b>PROGRAMA SOLIDARIDAD</b> <b>Beneficios del Programa</b>			
6001	<b>¿Conoce o ha escuchado hablar del Programa Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6024
6002	<b>¿Su hogar ha sido beneficiario del programa solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6004
6003	<b>¿Es su hogar beneficiario actual del programa solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6005
6004	<b>¿Considera usted que su hogar debe ser beneficiario?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6024
6005	<b>¿Desde que mes y año su hogar está inscrito en el Programa ?</b>	Mes _____ No sabe.....98 Año _____ No sabe.....98	
6006	<b>¿Tiene este hogar la Tarjeta Solidaridad? Si sí, ¿Puede mostrármela?</b>	Tiene la tarjeta y fue mostrada.....1 La tiene, pero no la mostro .....2 Dice que la tarjeta se le perdió .....3 La tarjeta está en trámite .....4 Otro _____ 6 (Especifique)	
6007	<b>¿Cuántas tarjetas Solidaridad tienen en este hogar?</b>	Número de tarjetas..... <input type="text"/>	
6008	<b>¿Cuánto recibe mensualmente del Programa Solidaridad?</b>	RD\$ _____ No responde.....99997 No sabe.....99998	
6009	<b>¿Ha tenido algún retraso con el pago del subsidio?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6013
6010	<b>¿Cuándo fue la última vez que se retrasó?</b>	Mes _____ Año _____	
6011	<b>¿Hay algunos meses para los cuales no haya recibido nunca el beneficio?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6013

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6012	<b>¿Para cuántos meses podría usted decir que no recibió nunca el beneficio?</b>	Número de meses..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6013	<b>¿Ha tenido algún problema con el manejo de la Tarjeta Solidaridad?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6015
6014	<b>¿Cuáles son los principales problemas que ha tenido?</b>	SÍ NO NS	
		A. No le ha funcionado..... 1 2 8 B. Falta de fondos..... 1 2 8 C. No se la han aceptado ..... 1 2 8 D. Falta negocios en sector..... 1 2 8 E. Otro _____ 1 2 8 (Especifique)	
<b>PROGRAMA SOLIDARIDAD</b> <b>Cumplimientos de Corresponsabilidades</b>			
6015	<b>¿Su hogar ha participado en las jornadas de capacitación del programa Solidaridad?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6017
6016	<b>¿Sabe Usted que para ser beneficiario del Programa Solidaridad debe cumplir con ciertos compromisos?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
6017	<b>¿Usted ha recibido alguna capacitación o entrenamiento para el cumplimiento de sus compromisos?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6019
6018	<b>¿En cuántas jornadas de capacitación ha participado?</b>	Número de jornadas..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6019	<b>¿Usted entiende que su hogar está cumpliendo con los compromisos del Programa?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6021
6020	<b>¿Por cuáles razones su hogar no está cumpliendo con los compromisos?</b>  <b>(ACEPTE MÁS DE UNA RESPUESTA)</b>	No se le exige..... a No lo necesita ..... b El centro médico esta lejos..... c Otro _____ x (Especifique)	6022
6021	<b>¿Qué tipo de documentos poseen que compruebe que su hogar está cumpliendo con sus corresponsabilidades?</b>	SI NO	
		A. Cédula de salud niño/a..... 1 2 B. Documento de asistencia a la escuela..... 1 2 C. Documento trámite documentación..... 1 2 D. Documento asistencia a capacitación..... 1 2 E. Otro _____ 1 2 (Especifique)	

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6022	<b>¿Alguna vez su hogar ha sido advertido o penalizado por incumplimiento de corresponsabilidades?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6024
6023	<b>¿Qué tipo de advertencia o penalidad le fue impuesta?</b>	Amonestación escrita.....1 Suspensión del pago por 3 meses.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
6024	<b>¿Es su hogar beneficiario de “Comer es Primero”?</b>	Sí.....1 No.....2 No conoce el programa.....3 No responde.....7 No sabe.....8	6036

**PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA COMER ES PRIMERO**

6025	<b>¿Desde qué mes y año comenzó a recibir los subsidios de Comer es Primero?</b>	Mes _____ Año _____	
6026	<b>¿Cuál es el monto mensual que recibe en la actualidad por el componente Comer es Primero?</b>	RD\$ _____ No responde.....99997 No sabe.....99998	
6027	<b>¿Los colmados donde adquiere los alimentos con la Tarjeta Solidaridad están ubicados en el mismo barrio donde Usted vive?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6029
6028	<b>¿Por qué no compra en el mismo barrio?</b>	Trabaja fuera del barrio.....1 No hay todos los productos.....2 No hay colmados del programa.....3 Otro _____ (Especifique).....6	
6029	<b>¿Los colmados donde Usted compra tienen a la vista la lista de precios de los productos que pueden adquirir con la Tarjeta Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
6030	<b>¿Los colmados donde Usted compra le han hecho algún recargo por el uso de la Tarjeta Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
6031	<b>¿El subsidio (ayuda) de Comer es Primero ha sido utilizado únicamente para adquirir alimentos?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6033
6032	<b>¿Cuáles otras cosas ha adquirido con el subsidio (ayuda)?</b>	1. _____ 2. _____ 3. _____	

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6033	<b>¿Puede decirme qué cantidad (libras) de estos alimentos usted adquirió con el subsidio (ayuda) el mes pasado y que cantidad de dinero gastó en cada uno?</b>	LIBRAS ADQUIRIDAS RD\$ PAGADOS Arroz _____ _____ Habichuela _____ _____ Leche _____ _____ Carne _____ _____	
6034	<b>¿Si Usted hubiese tenido que comprar los productos con dinero de su bolsillo, habría pagado igual, habría pagado más o habría pagado menos?</b>	Igual ..... 1 Más ..... 2 Menos ..... 3 No responde..... 7 No sabe..... 8	
6035	<b>¿Está su hogar satisfecho con el componente Comer es Primero?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
<b>PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ILAE</b>			
6036	<b>¿Es su hogar beneficiario de “Incentivo a la asistencia Escolar (ILAE)?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No conoce el programa..... 3 No responde..... 7 No sabe..... 8	6047
6037	<b>¿Desde cuándo comenzó a recibir el subsidio del Incentivo a la Asistencia Escolar o ILAE?</b>	Mes _____ Año _____	
6038	<b>¿Cuál es el monto que recibe en la actualidad por el componente ILAE?</b>	RD\$ _____ No responde..... 99997 No sabe..... 99998	
6039	<b>¿Cada cuántos meses recibe el subsidio del ILAE?</b>	Cada 2 meses..... 1 Cada mes (mensual) ..... 2 Otro _____ 6 (especifique) No responde..... 7 No sabe..... 8	
6040	<b>¿Por cuántos niños y niñas recibe el beneficio del ILAE?</b>	Número de menores..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6041	<b>¿Todos están residiendo en este hogar? ¿Cuántos residen en este hogar?</b>	Sí..... 1 Cuántos..... <input type="text"/> <input type="text"/> No..... 2	
6042	<b>¿Dígame cuáles son los nombres de los que viven en este hogar? PARA LOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA.</b>	<b>NOMBRE</b> <b>NO.</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6043	<b>¿En el hogar hay otros menores de 6 a 16 años que no estén incluidos en el subsidio del ILAE?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6046
6044	<b>¿Cuántos menores de 6 a 16 años no han sido incluidos?</b>	Número de menores..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6045	<b>¿Cuál es la razón principal por la cual esos menores no están incluidos?</b>	Falta de acta de nacimiento .....01 No están en la escuela .....02 Fallas del sistema .....03 No ha hecho los trámites .....04 Tiene los trámites encaminados .....05 No fue censado en el siuben .....06 Incumplimiento de compromisos .....07 Otra _____96 (especifique) No sabe.....98	
6046	<b>¿Está su hogar satisfecho con el componente ILAE?</b>	Sí.....1 No.....2	
<b>PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DOMINICANOS Y DOMINICANAS CON NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
6047	<b>¿Es su hogar beneficiario de “Dominicanos y Dominicanas con Nombre y Apellido”?</b>	Sí.....1 No.....2 No conoce el programa.....3 No responde.....7 No sabe.....8	6058
6048	<b>¿En qué mes y año comenzó a participar en el componente Dominicanos y Dominicanas con Nombre y Apellido?</b>	Mes _____ Año _____	
6049	<b>¿Cuántos miembros del hogar han sacado sus actas de nacimiento y/o cédulas de identidad apoyados por el Programa?</b>	Número de miembros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6050	<b>¿Tuvo que pagar para adquirir la documentación?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
6051	<b>¿Cuántos miembros del hogar actualmente tienen trámites de actas de nacimiento y/o cédulas de identidad apoyados por el Programa?</b>	Número de miembros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6052	<b>¿Dígame cuáles son los nombres de los que viven en este hogar?</b>  PARA LOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR, ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE LÍNEA.	<b>NOMBRE</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6053	<b>¿Hay otros miembros del hogar que no tengan documentación y que no hayan iniciado los trámites?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6055
6054	<b>¿A cuántos miembros del hogar les falta documentación y no tienen trámites para conseguirlos?</b>	Número de miembros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6055	<b>¿Han recibido orientaciones del Programa Solidaridad para iniciar los trámites de la documentación?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
6056	<b>¿Cuál es la razón principal por la cual esos miembros no tienen trámites encaminados para adquirir su documentación?</b>	Hubo problemas con solicitud.....1 Esperan apoyo del programa.....2 Considera que no los necesitan.....3 Falta acta nacimiento padres.....4 Otra _____ (Especifique).....6 No sabe.....8	
6057	<b>¿Está usted satisfecho con el componente de Documentación de Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ASISTENCIA A ENVEJECIENTES</b>			
6058	<b>¿Conoce usted o ha escuchado hablar del programa de “Asistencia a Envejecientes”, con la tarjeta Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No conoce el programa.....3 No responde.....7 No sabe.....8	6071
6059	<b>¿Ha sido su hogar beneficiario del programa de “Asistencia a Envejecientes”?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6061
6060	<b>¿Es su hogar beneficiario actual del programa de “Asistencia a Envejecientes”?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6062
6061	<b>¿Considera usted que su hogar debe ser beneficiario de ese programa?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6071
6062	<b>¿Desde cuándo su hogar comenzó a recibir subsidios del componente de Asistencia a Envejecientes?</b>	Mes _____ Año _____	
6063	<b>¿Ha tenido algún problema para recibir la ayuda o subsidio con la Tarjeta Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6065

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6064	<b>¿Cuáles son los principales problemas que ha tenido con la Tarjeta?</b>	SÍ   NO   NS A. No le ha funcionado..... 1   2   8 B. Falta de fondos..... 1   2   8 C. No se la han aceptado..... 1   2   8 X. Otra _____ 1   2   8 (Especifique)	
6065	<b>¿Cuál es el monto que recibe en la actualidad por el componente de Asistencia a Envejecientes?</b>	RD\$ _____ No responde..... 99997 No sabe..... 99998	
6066	<b>¿Por cuántos miembros de 65 años en adelante actualmente el hogar recibe subsidios?</b>	Número de miembros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6067	<b>¿En el hogar hay otros miembros de 65 y más años que no estén incluidos en el subsidio a envejecientes?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6070
6068	<b>¿Cuántos de 65 y más años no han sido incluidos?</b>	Número de menores..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6069	<b>¿Cuál es la razón principal por la cual esos miembros no están incluidos?</b>	Falta de cedula de identidad..... 01 Fallas del sistema..... 02 No ha hecho los trámites ..... 03 Tiene los tramites encaminados..... 04 No fue censado en el siuben..... 05 Incumplimiento de compromisos..... 06 Otra _____ 96 (Especifique) No sabe..... 98	
6070	<b>¿Está Usted satisfecho con el programa de asistencia a envejecientes?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
	<b>PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA INCENTIVO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR</b>		
6071	<b>¿Conoce usted o ha escuchado hablar del programa de “Incentivo a la Educación Superior”, con la tarjeta Solidaridad?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No conoce el programa..... 3 No responde..... 7 No sabe..... 8	6083
6072	<b>¿Ha sido su hogar beneficiario del programa de “Incentivo a la Educación Superior”?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6074
6073	<b>¿Es su hogar beneficiario actual del programa de “Incentivo a la Educación Superior”?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6075
6074	<b>¿Considera usted que su hogar debe ser beneficiario de esos programas?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6083

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6075	<b>¿Su hogar ya comenzó a recibir los subsidios del programa de Incentivo a la Educación Superior?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6078
6076	<b>¿Ha tenido algún problema para recibir la ayuda o subsidio con la Tarjeta Solidaridad?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6078
6077	<b>¿Cuáles son los principales problemas que ha tenido con la Tarjeta?</b>	SÍ NO NS A. No le ha funcionado..... 1 2 8 B. Falta de fondos..... 1 2 8 C. No se la han aceptado..... 1 2 8 X. Otra _____ 1 2 8 (especifique)	
6078	<b>¿Cuál es el monto que recibe en la actualidad por el componente de Incentivo a la Educación Superior?</b>	RD\$ _____ No responde..... 99997 No sabe..... 99998	
6079	<b>Actualmente, ¿cuántos miembros de este hogar reciben subsidios de la Universidad?</b>	Número de miembros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6080	<b>¿En el hogar hay otros miembros inscritos en la universidad que no estén incluidos en el Incentivo a la Educación Superior?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6082
6081	<b>¿Cuántos inscritos en el universidad aún no han sido incluidos?</b>	Número de miembros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
6082	<b>¿Está Usted satisfecho con el componente de Incentivo a la Educación Superior?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	
<b>PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA BONO-GAS</b>			
6083	<b>¿Conoce usted o ha escuchado hablar del programa de “Bono - Gas”, con la tarjeta Solidaridad?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No conoce el programa..... 3 No responde..... 7 No sabe..... 8	6094
6084	<b>¿Ha sido su hogar beneficiario del programa de “Bono - Gas”?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6086
6085	<b>¿Es su hogar beneficiario actual del programa de “Bono - Gas”?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6087
6086	<b>¿Considera usted que su hogar debe ser beneficiario de esos programa?</b>	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 7 No sabe..... 8	6094

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																			
6087	<b>¿Su hogar ya comenzó a recibir los subsidios del Bono-Gas, mediante el cual se subsidia el GLP?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6089																			
6088	<b>¿Desde cuándo su hogar comenzó a recibir subsidios del componente del Bono-Gas?</b>	Mes _____ Año _____																				
6089	<b>¿Ha tenido algún problema para comprar el Gas con la Tarjeta Solidaridad?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6091																			
6090	<b>¿Cuáles son los principales problemas que ha tenido con la Tarjeta?</b>	<table border="0"> <tr> <td align="right"><b>SÍ</b></td> <td align="right"><b>NO</b></td> <td align="right"><b>NS</b></td> </tr> <tr> <td align="right">A. No le ha funcionado.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td align="right">B. Falta de fondos.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td align="right">C. No se la han aceptado.....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td align="right">X. Otra _____</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> </table> <p align="center">(Especifique)</p>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NS</b>	A. No le ha funcionado.....	1	2	8	B. Falta de fondos.....	1	2	8	C. No se la han aceptado.....	1	2	8	X. Otra _____	1	2	8	
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NS</b>																				
A. No le ha funcionado.....	1	2	8																			
B. Falta de fondos.....	1	2	8																			
C. No se la han aceptado.....	1	2	8																			
X. Otra _____	1	2	8																			
6091	<b>¿Cuál es el monto que recibe en la actualidad por el programa del Bono-Gas?</b>	RD\$ _____ No responde.....99997 No sabe.....99998																				
6092	<b>¿Está Usted satisfecho con el monto recibido por el subsidio al Bono-Gas?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8																				
6093	<b>¿Está Usted satisfecho con el programa de Bono-Gas?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8																				
<b>PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PROGRESANDO</b>																						
6094	<b>¿Conoce usted o ha escuchado hablar del programa "Progresando" del Despacho de la Primera Dama?</b>	Sí.....1 No.....2 No conoce el programa.....3 No responde.....7 No sabe.....8	6104																			
6095	<b>¿Ha sido su hogar beneficiario del programa de "Progresando" del Despacho de la Primera Dama?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6097																			
6096	<b>¿Es su hogar beneficiario actual del programa de "Progresando" del Despacho de la Primera Dama?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6098																			
6097	<b>¿Considera usted que su hogar debe ser beneficiario de ese programa?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	6104																			
6098	<b>¿Qué tiempo tiene perteneciendo al Programa Progresando?</b>	Mes _____ Año _____																				

**SECCIÓN VI. PROGRAMAS DE AYUDA SOCIAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
6099	<b>¿Podría mencionar los componentes del Programa Progresando?</b>	Identificación.....a Salud integral.....b Educación.....c Formacion Humana y conciencia Ciudadana.....d Seguridad Alimentaria y Generación de ingresos.e Vivienda Digna.....f Recreación y Expresión Artística.....g Ninguna de los anteriores.....h	
6100	<b>¿Cuales de los siguientes beneficios ha recibido del Programa Progresando?</b>	<b>SÍ NO NS</b> A. Declarar a los hijos e hijas.....1 2 8 B. Sacar la cédula de personas adultas.....1 2 8 C. Vacunar a los niños y niñas.....1 2 8 D. Hacerse chequeos de salud.....1 2 8 E. Hacerse chequeos de papanicolaou.....1 2 8 F. Recibir consulta de salud visual (consultas o cirugías).....1 2 8 G. Recibir útiles escolares.....1 2 8 H. Realizar curso de capacitación.....1 2 8 I. Apoyar a sus hijos e hijas en los deberes escolares.....1 2 8 J. Participar en actividades comunitarias.....1 2 8 K. Participar en actividades recreativas.....1 2 8 L. Participación de niños y niñas en Campamento de Verano Progresando en valores.....1 2 8 M. Participación de jóvenes en Programa de Jóvenes Líderes por el Progreso y la Paz....1 2 8 N. Mejorar la armonía en la familia.....1 2 8 O. Intergrarse en cooperativas de Progresando.....1 2 8 P. Recibir préstamos para negocio propio.....1 2 8 Q. Aumentar los ingresos de la familia.....1 2 8 X. Otro _____ 1 2 8 (Especifique)	
6101	<b>¿Como evalúa el Programa Progresando?</b>	Excelente.....1 Muy bueno.....2 Bueno.....3 Deficiente.....4	
6102	<b>¿Usted piensa que el Programa Progresando ha ayudado a la familia en su progreso y desarrollo?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
6103	<b>¿Diganos por qué o en que considera usted que el Programa Progresando ha ayudado a la familia?</b>	<hr/> <hr/>	

**SECCIÓN VI.**  
**PARTICIPACION EN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

**PARA CADA UNO DE LOS PROGRAMAS LISTADOS EN LA TABLA, HACER LAS PREGUNTAS SIGUIENTES PARA LOS CASOS EN QUE APlican Y ENCERRAR LA RESPUESTA:**

Programas	6104; Conoce o ha escuchado hablar de?	SI → 6105 NO → PROGRAMA SIGUIENTE	6105 ; Su Hogar ha sido Beneficiario de?	SI → 6106 NO → 6107	6106 ; Actualmente su hogar es beneficiario de?	SI → PROGRAMA SIGUIENTE	6107 ; Usted Considera que su hogar debe ser beneficiario de?	
							SI	NO
A. Gas Subsidiado: Compra directa al Suplidor	1	2	1	2	1	2	1	2
B. Programa 'Vamo' Arriba	1	2	1	2	1	2	1	2
C. Plan Presidencial de Lucha contra la Pobreza	1	2	1	2	1	2	1	2
D. Boticas comunitarias	1	2	1	2	1	2	1	2
E. Alimentos subsidiados del INESPRE	1	2	1	2	1	2	1	2
F. Donación de alimentos	1	2	1	2	1	2	1	2
G. Subsidio energía eléctrica barrios pobres (PRA)	1	2	1	2	1	2	1	2
H. Suministro de Bombillos de bajo consumo	1	2	1	2	1	2	1	2
I. Cambio piso de tierra por cemento	1	2	1	2	1	2	1	2
J. Mejoramiento de viviendas	1	2	1	2	1	2	1	2
K. Construcción y reparación de letrinas	1	2	1	2	1	2	1	2
L. Titulación de tierras y solares del Estado	1	2	1	2	1	2	1	2

**SECCIÓN VII. JUBILACION Y PENSIONES**

**PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS**

No.	7001; (Nombre) ha estado afiliado o ha cotizado alguna vez en línea para un sistema de pensiones?	PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS											
		7002a. IDSS (Seguro Social - Ley 1896)	7002b. Empleados Públicos (Ley 3/79)	7002c. ISSFA/ISSPOL	7002d. Plan autoadministrativo por la empresa o Institución	7002e. Compañía Aseguradora	7002f. AFP(Ley 87-01)	7002x. Otro	7003; Está (nombre) actualmente afiliado a un plan de pensiones?			7004; Hizo (nombre) alguna cotización en los últimos 12 meses para un plan de pensiones?	7005; A qué edad empezó a cotizar (nombre)?
Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	Si..... 1 No..... 2 responde..... 7 No sabe..... 8	No responde..... 97 No sabe..... 98		
7014													
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad..... <input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN VII. JUBILACION Y PENSIONES**

**PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MÁS**

<b>SI COTIZAMOS DE UN PLAN DE PENSIONES HAGA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES PARA EL PLAN PRINCIPAL.</b>											
<b>No. de línea</b>	<b>7006. ¿Está (nombre) actualmente cotizando para un plan de pensiones?</b>	<b>7007. ¿A cuántos planes de pensiones está cotizando actualmente (nombre)?</b>	<b>7008. ¿A qué tipo de plan de pensiones está cotizando?</b>	<b>7009. ¿El plan al cual cotiza (nombre) es obligatorio por Ley, obligatorio por el empleador o es un plan voluntario?</b>	<b>7010. ¿Qué tiempo tiene (nombre) cotizando?</b>	<b>7011. ¿Cuál es la modalidad de fondo de pensiones a la cual (nombre) está cotizando?</b>	<b>7012. En los últimos 12 meses ¿ha recibido (nombre) de parte de su administradora repartos o estados de cuentas sobre el monto acumulado y el balance de su fondo de pensiones?</b>	<b>7013. ¿Tiene (nombre) derecho al Bono de Reconocimiento por haberse cambiado a la nueva Ley 87-01 de seguridad social?</b>	<b>7014. ¿Cuál es la razón principal por la cual (nombre) no está afiliado o no esta cotizando a un fondo de pensiones?</b>		
Si..... No..... No responde..... No sabe.....	1 2 7014 8	No responde..... No sabe..... 97 98	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	
<p><b>7007. ¿A cuántos planes de pensiones está cotizando?</b></p> <p>1 AFP..... 2 Compañía aseguradora..... 3 Plan administrado por la empresa o institución..... 4 Oro..... 5 No responde..... 6 No sabe..... 7 No responde..... 8 No responde..... 97 No sabe..... 98</p> <p><b>7008. ¿A qué tipo de plan de pensiones está cotizando?</b></p> <p>1 Obligatorio por ley..... 2 Obligatorio por la empresa o institución..... 3 Voluntario..... 4 No responde..... 5 No sabe..... 6 No responde..... 7 No responde..... 8 No responde..... 97 No sabe..... 98</p> <p><b>7009. ¿El plan al cual cotiza (nombre) es obligatorio por Ley, obligatorio por el empleador o es un plan voluntario?</b></p> <p>1 Obligatorio por ley..... 2 Obligatorio por la empresa o institución..... 3 Voluntario..... 4 No responde..... 5 No sabe..... 6 No responde..... 7 No responde..... 8 No responde..... 97 No sabe..... 98</p> <p><b>7010. ¿Qué tiempo tiene (nombre) cotizando?</b></p> <p>1 Años.... 2 Años.... 3 Años.... 4 Años.... 5 Años.... 6 Años.... 7 Años.... 8 Años.... 9 Años.... 10 Años.... 11 Años.... 12 Años....</p> <p><b>7011. ¿Cuál es la modalidad de fondo de pensiones a la cual (nombre) está cotizando?</b></p> <p>1 Capitalización individual..... 2 Reparto..... 3 Otro.....</p> <p><b>7012. En los últimos 12 meses ¿ha recibido (nombre) de parte de su administradora repartos o estados de cuentas sobre el monto acumulado y el balance de su fondo de pensiones?</b></p> <p>1 Sf..... 2 No..... 3 No responde..... 4 No sabe..... 5 No responde..... 6 No responde..... 7 No responde..... 8 No responde..... 97 No responde..... 98</p> <p><b>7013. ¿Tiene (nombre) derecho al Bono de Reconocimiento por haberse cambiado a la nueva Ley 87-01 de seguridad social?</b></p> <p>1 Si..... 2 Está pendiente..... 3 No le corresponde..... 4 No responde..... 5 No sabe..... 6 No responde..... 7 No responde..... 8 No responde..... 97 No responde..... 98</p> <p><b>7014. ¿Cuál es la razón principal por la cual (nombre) no está afiliado o no esta cotizando a un fondo de pensiones?</b></p> <p>01 No sabe..... 02 No es obligado legalmente..... 03 El dinero no le alcanza..... 04 No está interesado..... 05 Por problemas financieros de la empresa..... 06 Condición de trabajo impuesta por el empleador..... 07 Condición de trabajo solicitada por el trabajador..... 08 Esta jubilado o pensionado..... 09 Otra..... 96 No responde..... 97 No responde..... 98</p>											

**SECCIÓN VII. JUBILACION Y PENSIONES**

<b>SI COTIZA A MAS DE UN PLAN DE PENSIONES HAGA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES PARA EL PLAN PRINCIPAL.</b>											
No.	7015. ¿Actualmente (nombre) es beneficiario de una jubilación o pensión?  Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	7016. ¿Qué tipo de jubilación o pensión tiene?  Jubilación de vejez.....01 Jubilación anticipada .....02 Pensión de invalidez.....03 Pensión de viudez.....04 Pensión de orfandad.....05 Orfandad.....05 Pensión no contributiva ..06 Otra.....96 No responde.....97 No sabe.....98	7017. ¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales (nombre) se jubiló o pensionó o está recibiendo una pensión?  Por tiempo de servicio...01 Por edad.....02 Por enfermedad.....03 Jubilacion anticipada...04 Orfandad.....05 Muy malo.....06 Viudez.....06 Otra.....96 No responde.....97 No sabe.....98	7018. ¿Qué tiempo hace que (nombre) está pensionado o jubilado?	7019. ¿Qué usted opina sobre el monto de la pensión o la jubilación de (nombre)?	7020. ¿Cuál es la entidad que le paga la pensión o (nombre)?	7021. ¿Cuál es la después de jubilado o pensionado ha trabajado alguna vez?	7022. ¿Por cuales razones (nombre) trabajó estando pensionado?	7023. FILTRO: ¿El tipo de informante de esta sección es...	7023. FILTRO:	
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

		PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO		PARA LOS QUE SÍ TIENEN SEGURO MÉDICO	
<b>No. de línea</b>	<b>8001. ¿Está (nombre) afiliado a algún seguro de salud (seguro médico)?</b>	<b>8002. ¿Por qué razón (nombre) no tiene Seguro Médico?</b>	<b>8003. ¿Desea o necesita (nombre) tener un seguro médico?</b>	<b>8004. ¿Sabe (nombre) cómo puede afiliarse al Seguro Familiar de Salud que establece la Ley 87-01?</b>	<b>8005. ¿A qué tipo de seguro está (nombre) afiliado? (LEER ALTERNATIVAS Y SELECCIONAR LAS QUE APPLICAN)</b>
		No necesita, está bien de salud ..... 01 No trabaja ..... 02 Es muy caro ..... 03 Le falta documentación ..... 04 El seguro está en trámite ..... 05 Mi régimen no ha comenzado ..... 06 Otro ..... 96	Sí ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 7 No sabe ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 7 No sabe ..... 8	Sí ..... 1 No ..... 2 No responde ..... 7 No sabe ..... 8
				<b>FILTRO:</b> VERIFIQUE CON LA PREGUNTA ANTERIOR (8005a - 8005x) SI EL MIEMBRO POSEE 1 O MÁS SEGUROS DE SALUD Y ANOTE LA CANTIDAD.	
				No. de Seguros	
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA ASEGURADOS**

PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR CON SEGURO DE SALUD (AFILIADO) COMPLETE LAS PREGUNTAS 8006 A 8040

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8006	<b>ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE LÍNEA DEL AFILIADO</b>	Nombre _____ Número de línea..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

**SI EL AFILIADO POSEE MÁS DE 2 SEGUROS, PREGUNTAR CUÁLES SON LOS DOS MÁS IMPORTANTES Y COMPLETAR DE LAS PREGUNTAS 8007 A 8020 PARA EL PRIMERO MÁS IMPORTANTE (SEGURO PRINCIPAL) Y DE LA 8021 A LA 8034 PARA EL SEGUNDO MÁS IMPORTANTE (SEGURO SECUNDARIO).**

**PARA ASEGURADOS - SEGURO PRINCIPAL**

8007	<b>¿Es (nombre) titular principal del seguro o un dependiente?</b>	Titular del seguro.....1 Dependiente.....2 No responde.....7 No sabe.....8	<b>8017</b>

**PARA TITULARES DEL SEGURO PRINCIPAL**

8008	<b>¿Además de (nombre), cuántos dependientes hay en el seguro principal?</b>	Número de dependientes..... <input type="text"/> SÍ “00” → <b>8016</b>	
8009	<b>¿Viven todos en este hogar?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
8010	<b>¿Dígame cuáles son los nombres y la relación con (nombre) de los dependientes afiliados al seguro principal?</b> (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA, SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA). <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<b>NOMBRE</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	<b>CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</b> 1 _____ 2 _____ 7 _____ 8 _____
8011	<b>¿Hay dependientes de (nombre) que no están afiliados a este seguro médico?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	<b>8016</b>
8012	<b>¿Cuántos dependientes no han sido afiliados?</b>	No afiliados..... <input type="text"/>	
8013	<b>¿Estos dependientes no afiliados a este seguro residen todos en este hogar?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
8014	<b>¿Dígame cuáles son los nombres de los dependientes no afiliados?</b> (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA, SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA). <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<b>NOMBRE</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____	<b>CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</b> 1 _____ 2 _____ 7 _____ 8 _____

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA TITULARES DEL SEGURO PRINCIPAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8015a	SI HAY CONYUGE NO AFILIADO: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el/la cónyuge de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Falta de acta de matrimonio .....04 Falta de certificación unión libre .....05 Fallas del sistema.....06 No ha hecho los trámites.....07 Tiene los trámites avanzados.....08 Rechazado por edad.....09 Rechazada por embarazo.....10 Rechazado por discapacidad.....11 Rechazado por enfermedad.....12 Otra _____96 (Especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8015b	SI HAY HIJOS O HIJAS MENORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con menos de 21 años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 18 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8015c	SI HAY HIJOS O HIJAS MAYORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con 21 o más años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 21 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA TITULARES DEL SEGURO PRINCIPAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8015d	SI TIENE PADRE O MADRE NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el padre o la madre de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8016	<b>¿Quién paga este seguro de salud?</b>  <b>(LEER ALTERNATIVAS)</b>	No paga y está afiliado al SENASA: SFS/Ley 87-01.....01 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y usted: SFS/Ley 87-01.....02 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y Usted: Seguro Privado.....03 Totalmente la empresa o entidad donde trabaja: Seguro Privado .....04 El afiliado o un familiar: Seguro Privado.....05 Otra _____96 (Especifique) No responde.....97 No sabe.....98	<b>8019</b>
<b>PARA DEPENDIENTES DEL SEGURO PRINCIPAL</b>			
8017	<b>¿De quién es usted dependiente en este seguro médico?</b>	Cónyuge.....1 Padre o madre.....2 Hijo/a.....3 Otro _____6 (Especifique) No responde.....7 No sabe.....8	
8018	<b>¿Esta persona vive en este hogar?</b>  <b>SI VIVE EN EL HOGAR ANOTE NÚMERO DE LÍNEA</b>	Sí.....1 Número de línea.... <input type="text"/> <input type="text"/> No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>PARA TITULARES Y DEPENDIENTES DEL SEGURO PRINCIPAL</b>			
8019	<b>¿A qué ARS pertenece ese seguro médico?</b>	  <input type="text"/> <input type="text"/>	
8020	<b>En resumen, ¿Este seguro médico pertenece al Seguro Familiar de Salud, establecido en la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)?</b>  <b>ENTREVISTADOR:</b> <b>CONFIRME ESTA RESPUESTA VERIFICANDO CON LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8005a Y LAS CATEGORIAS 1 Y 2 DE LA PREGUNTA 8016.</b> <b>CORRIJA SEGÚN CORRESPONDA:</b> <b>SI SE TRATA DE UN DEPENDIENTE UTILICE SOLO LA PREGUNTA 8005.</b>	_____ Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>SI SÓLO TIENE UN SEGURO PASE A 8035</b>			

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA ASEGURADOS - SEGURO SECUNDARIO**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
8021	¿En este seguro secundario es (nombre) titular o dependiente?	Titular del seguro .....1 Dependiente .....2 No responde.....7 No sabe.....8	8031																		
	<b>PARA TITULARES DEL SEGURO SECUNDARIO</b>																				
8022	¿Además de (nombre), cuántos dependientes hay en el seguro secundario?	Número de dependientes..... <input type="text"/> SÍ “00” → 8030																			
8023	¿Viven todos en este hogar?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8																			
8024	¿Dígame cuáles son los nombres y la relación con usted de los dependientes afiliados al seguro secundario?  (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA. SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA).  <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">NOMBRE</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>8. _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____	5. _____	_____	6. _____	_____	7. _____	_____	8. _____	_____	
NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA																				
1. _____	_____																				
2. _____	_____																				
3. _____	_____																				
4. _____	_____																				
5. _____	_____																				
6. _____	_____																				
7. _____	_____																				
8. _____	_____																				
8025	¿Hay dependientes de (nombre) que no están afiliados a este seguro médico?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	8030																		
8026	¿Cuántos dependientes no han sido afiliados?	No afiliados..... <input type="text"/>																			
8027	¿Estos dependientes no afiliados a este seguro viven todos en este hogar?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8																			
8028	¿Dígame cuáles son los nombres de los dependientes no afiliados?  (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA. SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA).  <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">NOMBRE</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7. _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____	5. _____	_____	6. _____	_____	7. _____	_____			
NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA																				
1. _____	_____																				
2. _____	_____																				
3. _____	_____																				
4. _____	_____																				
5. _____	_____																				
6. _____	_____																				
7. _____	_____																				

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8029a	<b>SI HAY CONYUGE NO AFILIADO:</b> <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el/la cónyuge de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Falta de acta de matrimonio .....04 Falta de certificación unión libre .....05 Fallas del sistema.....06 No ha hecho los trámites.....07 Tiene los trámites avanzados.....08 Rechazo por edad.....09 Rechazo por enfermedad.....10 Rechazo por embarazo.....11 Rechazo por discapacidad.....12 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8029b	<b>SI HAY HIJOS O HIJAS MENORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS:</b> <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con menos de 21 años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 18 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8029c	<b>SI HAY HIJOS O HIJAS MAYORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS:</b> <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con 21 o más años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 21 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8029d	SI TIENE PADRE O MADRE NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el padre o la madre de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8030	<b>¿Quién paga este seguro de salud?</b>  <b>(LEER ALTERNATIVAS)</b>	No paga y está afiliado al SENASA: SFS/Ley 87-01.....01 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y usted: SFS/Ley 87-01.....02 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y Usted: Seguro Privado.....03 Totalmente la empresa o entidad donde trabaja: Seguro Privado .....04 El afiliado o un familiar: Seguro Privado.....05 Otra _____96 (Especifique) No responde.....97 No sabe.....98	<b>8033</b>
<b>PARA DEPENDIENTES DEL SEGURO SECUNDARIO</b>			
8031	<b>¿De quién es usted dependiente en este seguro médico?</b>	Cónyuge.....1 Padre o madre.....2 Hijo/a.....3 Otro _____6 (Especifique) No responde.....7 No sabe.....8	
8032	<b>¿Esta persona vive en este hogar?</b>	Sí.....1 Número de línea.... <input type="text"/> <input type="text"/> No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>PARA TITULARES Y DEPENDIENTES DEL SEGURO SECUNDARIO</b>			
8033	<b>¿A qué ARS pertenece ese seguro médico?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
8034	<b>En resumen, ¿Este seguro médico pertenece al Seguro Familiar de Salud, establecido en la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)?</b>  <b>ENTREVISTADOR:</b> <b>CONFIRME ESTA RESPUESTA VERIFICANDO CON LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8005a Y LAS CATEGORIAS 1 Y 2 DE LA PREGUNTA 8030.</b> <b>CORRIJA SEGÚN CORRESPONDA:</b> <b>SI SE TRATA DE UN DEPENDIENTE UTILICE SOLO LA PREGUNTA 8005.</b>	_____ Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
<b>PARA ASEGURADOS</b>			
8035	<b>ENTREVISTADOR: OBSERVE EN EL SEGURO PRINCIPAL LA PREGUNTA 8020 Y LA 8034 EN EL SECUNDARIO, SI PROcede COMPLETE:</b> <b>¿El miembro del hogar posee un seguro familiar de salud (SFS)?</b>	Si, posee un SFS.....1 No posee SFS, el seguro es privado.....2	→ <b>SECCIÓN IX</b>
<b>PARA ASEGURADOS DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)</b>			
8036	<b>¿Tiene (nombre) un Seguro Complementario de Salud?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	→ <b>8040</b>
8037	<b>¿Quién paga su Seguro Complementario de Salud?</b>	Usted, completamente.....1 La empresa completamente.....2 Usted y la Empresa.....3 No responde.....7 No sabe.....8	
8038	<b>¿Cuánto le descuentan de su salario por concepto del Seguro Complementario al SFS?</b>	RD\$ _____ No responde.....99997 No sabe.....99998	
8039	<b>¿Por cuáles motivos decidió (nombre) adquirir un Seguro Complementario de Salud?</b> <b>(MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</b>	Cobertura insuficiente del SFS.....a Mala percepción del SFS.....b Baja calidad de los servicios bajo el SFS.....c La ARS a que pertenece le indicó que le convenía.....d Fue ofrecido opcionalmente por la empresa donde trabaja.....e Decisión de la empresa.....f Negación de algún servicio del SFS por no tener seguro Complementario.....g Otra.....x	
<b>PARA TITULARES DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)</b>			
<b>VERIFICAR PREGUNTAS 8007 Y 8021</b> <b>SI EN ALGUNO ES “TITULAR”</b> <input type="checkbox"/>		<b>SI TODOS DIFERENTE A “TITULAR”</b> <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente asegurado</b> ó Sección IX	
8040	<b>Puede decirme si está de acuerdo o en desacuerdo en relación con las siguientes frases:</b>  <b>(LEER LAS ALTERNATIVAS)</b>	<b>SÍ NO NS</b> a. El SFS que entró en vigencia el 1º de septiembre, es el seguro obligatorio por Ley.....1 2 8 b. Prefiero la situación del seguro de salud que tenía antes del 1º de septiembre, que la actual.....1 2 8 c. Las ARS están dando un buen servicio.....1 2 8 d. Los médicos están dando un buen servicio.....1 2 8 e. Los laboratorios están dando un buen servicio.....1 2 8 f. Las farmacias están dando un buen servicio.....1 2 8 g. El gobierno está dando suficiente orientación a los afiliados.....1 2 8 h. El gobierno debe ser más enérgico con las ARS, médicos, farmacias y laboratorios que no están dando un buen servicio.....1 2 8 i. Si la situación no mejora tendré que comprar un seguro complementario.....1 2 8 j. Aún cuando el servicio del SFS no sea satisfactorio, no estoy en condición de comprar un plan complementario.....1 2 8	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA ASEGURADOS**

PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR CON SEGURO DE SALUD (AFILIADO) COMPLETE LAS PREGUNTAS 8006 A 8040

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8006	<b>ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE LÍNEA DEL AFILIADO</b>	Nombre _____ Número de línea..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

**SI EL AFILIADO POSEE MÁS DE 2 SEGUROS, PREGUNTAR CUÁLES SON LOS DOS MÁS IMPORTANTES Y COMPLETAR DE LAS PREGUNTAS 8007 A 8020 PARA EL PRIMERO MÁS IMPORTANTE (SEGURO PRINCIPAL) Y DE LA 8021 A LA 8034 PARA EL SEGUNDO MÁS IMPORTANTE (SEGURO SECUNDARIO).**

**PARA ASEGURADOS - SEGURO PRINCIPAL**

8007	<b>¿Es (nombre) titular principal del seguro o un dependiente?</b>	Titular del seguro.....1 Dependiente.....2 No responde.....7 No sabe.....8	<b>8017</b>

**PARA TITULARES DEL SEGURO PRINCIPAL**

8008	<b>¿Además de (nombre), cuántos dependientes hay en el seguro principal?</b>	Número de dependientes..... <input type="text"/> SÍ “00” → <b>8016</b>	
8009	<b>¿Viven todos en este hogar?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
8010	<b>¿Dígame cuáles son los nombres y la relación con (nombre) de los dependientes afiliados al seguro principal?</b> (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA, SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA). <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<b>NOMBRE</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	<b>CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</b> 1 _____ 2 _____ 7 _____ 8 _____
8011	<b>¿Hay dependientes de (nombre) que no están afiliados a este seguro médico?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	<b>8016</b>
8012	<b>¿Cuántos dependientes no han sido afiliados?</b>	No afiliados..... <input type="text"/>	
8013	<b>¿Estos dependientes no afiliados a este seguro residen todos en este hogar?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
8014	<b>¿Dígame cuáles son los nombres de los dependientes no afiliados?</b> (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA, SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA). <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<b>NOMBRE</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____	<b>CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</b> 1 _____ 2 _____ 7 _____ 8 _____

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA TITULARES DEL SEGURO PRINCIPAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8015a	SI HAY CONYUGE NO AFILIADO: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el/la cónyuge de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Falta de acta de matrimonio .....04 Falta de certificación unión libre .....05 Fallas del sistema.....06 No ha hecho los trámites.....07 Tiene los trámites avanzados.....08 Rechazado por edad.....09 Rechazada por embarazo.....10 Rechazado por discapacidad.....11 Rechazado por enfermedad.....12 Otra _____96 (Especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8015b	SI HAY HIJOS O HIJAS MENORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con menos de 21 años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 18 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8015c	SI HAY HIJOS O HIJAS MAYORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con 21 o más años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 21 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA TITULARES DEL SEGURO PRINCIPAL**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8015d	SI TIENE PADRE O MADRE NO AFILIADOS: <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el padre o la madre de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8016	<b>¿Quién paga este seguro de salud?</b>  LEER ALTERNATIVAS	No paga y está afiliado al SENASA: SFS/Ley 87-01.....01 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y usted: SFS/Ley 87-01.....02 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y Usted: Seguro Privado.....03 Totalmente la empresa o entidad donde trabaja: Seguro Privado .....04 El afiliado o un familiar: Seguro Privado.....05 Otra _____96 (Especifique) No responde.....97 No sabe.....98	8019 
<b>PARA DEPENDIENTES DEL SEGURO PRINCIPAL</b>			
8017	<b>¿De quién es usted dependiente en este seguro médico?</b>	Cónyuge.....1 Padre o madre.....2 Hijo/a.....3 Otro _____6 (Especifique) No responde.....7 No sabe.....8	
8018	<b>¿Esta persona vive en este hogar?</b>  <b>SI VIVE EN EL HOGAR ANOTE NÚMERO DE LÍNEA</b>	Sí.....1 Número de línea.... <input type="text"/> <input type="text"/> No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>PARA TITULARES Y DEPENDIENTES DEL SEGURO PRINCIPAL</b>			
8019	<b>¿A qué ARS pertenece ese seguro médico?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
8020	<b>En resumen, ¿Este seguro médico pertenece al Seguro Familiar de Salud, establecido en la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)?</b>  <b>ENTREVISTADOR:</b> <b>CONFIRME ESTA RESPUESTA VERIFICANDO CON LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8005a Y LAS CATEGORIAS 1 Y 2 DE LA PREGUNTA 8016.</b> <b>CORRIJA SEGÚN CORRESPONDA:</b> <b>SI SE TRATA DE UN DEPENDIENTE UTILICE SOLO LA PREGUNTA 8005.</b>	_____ Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>SI SÓLO TIENE UN SEGURO PASE A 8035</b>			

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

**PARA ASEGURADOS - SEGURO SECUNDARIO**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																		
8021	¿En este seguro secundario es (nombre) titular o dependiente?	Titular del seguro .....1 Dependiente .....2 No responde.....7 No sabe.....8	8031																		
	<b>PARA TITULARES DEL SEGURO SECUNDARIO</b>																				
8022	¿Además de (nombre), cuántos dependientes hay en el seguro secundario?	Número de dependientes..... <input type="text"/> SÍ “00” → 8030																			
8023	¿Viven todos en este hogar?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8																			
8024	¿Dígame cuáles son los nombres y la relación con usted de los dependientes afiliados al seguro secundario?  (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA. SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA).  <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">NOMBRE</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>8. _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____	5. _____	_____	6. _____	_____	7. _____	_____	8. _____	_____	
NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA																				
1. _____	_____																				
2. _____	_____																				
3. _____	_____																				
4. _____	_____																				
5. _____	_____																				
6. _____	_____																				
7. _____	_____																				
8. _____	_____																				
8025	¿Hay dependientes de (nombre) que no están afiliados a este seguro médico?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	8030																		
8026	¿Cuántos dependientes no han sido afiliados?	No afiliados..... <input type="text"/>																			
8027	¿Estos dependientes no afiliados a este seguro viven todos en este hogar?	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8																			
8028	¿Dígame cuáles son los nombres de los dependientes no afiliados?  (PARA LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ANOTE EL NOMBRE, EL PARENTESCO CON EL TITULAR Y EL NÚMERO DE LÍNEA. SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE “96” EN NÚMERO DE LÍNEA).  <b>CODIGOS PARA PARENTESCO:</b> 1. CONYUGE 2. HIJOS/AS 3. PADRE O MADRE 6. OTRA	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">NOMBRE</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7. _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____	5. _____	_____	6. _____	_____	7. _____	_____			
NOMBRE	CÓDIGO PARENTESCO LÍNEA																				
1. _____	_____																				
2. _____	_____																				
3. _____	_____																				
4. _____	_____																				
5. _____	_____																				
6. _____	_____																				
7. _____	_____																				

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8029a	<b>SI HAY CONYUGE NO AFILIADO:</b> <b>¿Cuál es la razón principal por la cual el/la cónyuge de (nombre) no ha sido afiliado/a?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Falta de acta de matrimonio .....04 Falta de certificación unión libre .....05 Fallas del sistema.....06 No ha hecho los trámites.....07 Tiene los trámites avanzados.....08 Rechazo por edad.....09 Rechazo por enfermedad.....10 Rechazo por embarazo.....11 Rechazo por discapacidad.....12 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8029b	<b>SI HAY HIJOS O HIJAS MENORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS:</b> <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con menos de 21 años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 18 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8029c	<b>SI HAY HIJOS O HIJAS MAYORES DE 21 AÑOS NO AFILIADOS:</b> <b>¿Cuál es la razón principal por la cual los hijos/hijas de (nombre) con 21 o más años no han sido afiliados/as?</b>	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Fue sacado cuando cumplió los 21 años.....10 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
8029d	SI TIENE PADRE O MADRE NO AFILIADOS: ¿Cuál es la razón principal por la cual el padre o la madre de (nombre) no ha sido afiliado/a?	Está afiliado en otro seguro.....01 Falta de acta de nacimiento .....02 Falta de cedula de identidad.....03 Fallas del sistema.....04 No ha hecho los trámites.....05 Tiene los trámites avanzados.....06 Rechazada por embarazo.....07 Rechazado por discapacidad.....08 Rechazado por enfermedad.....09 Otra _____96 (especifique) No responde.....97 No sabe.....98	
8030	¿Quién paga este seguro de salud?  LEER ALTERNATIVAS	No paga y está afiliado al SENASA: SFS/Ley 87-01.....01 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y usted: SFS/Ley 87-01.....02 Costo compartido entre la empresa o entidad donde labora y Usted: Seguro Privado.....03 Totalmente la empresa o entidad donde trabaja: Seguro Privado .....04 El afiliado o un familiar: Seguro Privado.....05 Otra _____96 (Especifique) No responde.....97 No sabe.....98	8033
<b>PARA DEPENDIENTES DEL SEGURO SECUNDARIO</b>			
8031	¿De quién es usted dependiente en este seguro médico?	Cónyuge.....1 Padre o madre.....2 Hijo/a.....3 Otro _____6 (Especifique) No responde.....7 No sabe.....8	
8032	¿Esta persona vive en este hogar?	Sí.....1 Número de línea.... <input type="text"/> <input type="text"/> No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	
<b>PARA TITULARES Y DEPENDIENTES DEL SEGURO SECUNDARIO</b>			
8033	¿A qué ARS pertenece ese seguro médico?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
8034	<b>En resumen, ¿Este seguro médico pertenece al Seguro Familiar de Salud, establecido en la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)?</b> <b>ENTREVISTADOR:</b> <b>CONFIRME ESTA RESPUESTA VERIFICANDO CON LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 8005a Y LAS CATEGORIAS 1 Y 2 DE LA PREGUNTA 8030.</b> <b>CORRIJA SEGÚN CORRESPONDA:</b> <b>SI SE TRATA DE UN DEPENDIENTE UTILICE SOLO LA PREGUNTA 8005.</b>	_____ Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	

**SECCIÓN VIII. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD**

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
<b>PARA ASEGURADOS</b>			
8035	<b>ENTREVISTADOR: OBSERVE EN EL SEGURO PRINCIPAL LA PREGUNTA 8020 Y LA 8034 EN EL SECUNDARIO, SI PROcede COMPLETE:</b> <b>¿El miembro del hogar posee un seguro familiar de salud (SFS)?</b>	Si, posee un SFS.....1 No posee SFS, el seguro es privado.....2	→ <b>SECCIÓN IX</b>
<b>PARA ASEGURADOS DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)</b>			
8036	<b>¿Tiene (nombre) un Seguro Complementario de Salud?</b>	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	→ <b>8040</b>
8037	<b>¿Quién paga su Seguro Complementario de Salud?</b>	Usted, completamente.....1 La empresa completamente.....2 Usted y la Empresa.....3 No responde.....7 No sabe.....8	
8038	<b>¿Cuánto le descuentan de su salario por concepto del Seguro Complementario al SFS?</b>	RD\$ _____ No responde.....99997 No sabe.....99998	
8039	<b>¿Por cuáles motivos decidió (nombre) adquirir un Seguro Complementario de Salud?</b> <b>(MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</b>	Cobertura insuficiente del SFS.....a Mala percepción del SFS.....b Baja calidad de los servicios bajo el SFS.....c La ARS a que pertenece le indicó que le convenía.....d Fue ofrecido opcionalmente por la empresa donde trabaja.....e Decisión de la empresa.....f Negación de algún servicio del SFS por no tener seguro Complementario.....g Otra.....x	
<b>PARA TITULARES DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)</b>			
<b>VERIFICAR PREGUNTAS 8007 Y 8021</b> <b>SI EN ALGUNO ES “TITULAR”</b> <input type="checkbox"/>		<b>SI TODOS DIFERENTE A “TITULAR”</b> <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente asegurado</b> ó Sección IX	
8040	<b>Puede decirme si está de acuerdo o en desacuerdo en relación con las siguientes frases:</b> <b>(LEA LAS ALTERNATIVAS)</b>	<b>SÍ NO NS</b> a. El SFS que entró en vigencia el 1º de septiembre, es el seguro obligatorio por Ley.....1 2 8 b. Prefiero la situación del seguro de salud que tenía antes del 1º de septiembre, que la actual.....1 2 8 c. Las ARS están dando un buen servicio.....1 2 8 d. Los médicos están dando un buen servicio.....1 2 8 e. Los laboratorios están dando un buen servicio.....1 2 8 f. Las farmacias están dando un buen servicio.....1 2 8 g. El gobierno está dando suficiente orientación a los afiliados.....1 2 8 h. El gobierno debe ser más enérgico con las ARS, médicos, farmacias y laboratorios que no están dando un buen servicio.....1 2 8 i. Si la situación no mejora tendré que comprar un seguro complementario.....1 2 8 j. Aún cuando el servicio del SFS no sea satisfactorio, no estoy en condición de comprar un plan complementario.....1 2 8	

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

**PARA TODOS LOS MIEMBROS**

**9001. ¿Algún médico(a) a (nombre) le ha diagnosticado o le ha informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades crónicas:**

No. de línea	<b>FILTRO:</b>											
	<b>ENTREVISTADOR:</b> <b>(NOMBRE) PADECE DE UNA Ó MÁS ENFERMEDADES?</b>											<b>9001x. otra?</b>
<b>9001a. tuberculosis?</b>	<b>9001b. diabetes (azúcar)?</b>	<b>9001c. epilepsia (ataque/gota)?</b>	<b>9001d. hipertensión (presión alta)?</b>	<b>9001e. asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?</b>	<b>9001f. artritis (reumatismo), artrosis, etc.?</b>	<b>9001g. cáncer (tumores)?</b>	<b>9001h. enfermedad mental?</b>	<b>9001i. problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arteriosclerosis, etc.)?</b>	<b>9001j. Enfermedad de los riñones?</b>	<b>9001k. SIDA (o tiene el HIV, virus del SIDA)?</b>		
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si.....1  
No.....2  
No responde..7  
No sabe....8

1 → 9004  
2 → 9004

Si.....1  
No.....2  
No responde..7  
No sabe....8

## SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD

		PARA TODOS LOS MIEMBROS											
No. de línea	9002. ¿Está recibiendo (nombre) tratamiento para las enfermedades crónicas que padece?	9002a. tuberculosis?	9002b. diabetes (azúcar)?	9002c. epilepsia (ataque/gota)?	9002d. hipertensión (presión alta)?	9002e. asma (pecho apretado), bronquitis crónica o enfisema?	9002f. artritis (reumatismo), artrosis, etc.?	9002g. cáncer (tumores)?	9002h. enfermedad mental?	9002i. problemas del corazón o circulatorios (soplo, insuficiencia, arterioesclerosis, etc.)?	9002j. Enfermedad de los riñones?	9002k. SIDA (o tiene el HIV, virus del SIDA)?	9002x. otra?
		Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8					
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

PARA LOS QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO		DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA		PARA LOS QUE RECIBIERON CONSULTA MÉDICA					
No.	9003. ¿Porqué razón no está recibiendo tratamiento para ninguna de esas enfermedades?	9004. ¿En los últimos 3 meses (nombre) tuvo algún problema de salud, enfermedad o sufrió algún accidente, aunque no fuera nada grave?	9005. ¿En los últimos 3 meses Usted (nombre) recibió alguna atención en la emergencia de un centro de salud, fue a alguna consulta médica o dental o se realizó exámenes especiales de diagnósticos o de laboratorio? (LEER ALTERNATIVAS)	9005a. Consulta médica o dental	9005b. Emergencia	9005c. Internamiento (hospitalización)	9005d. Análisis de laboratorio	9005e. Estudios diagnósticos (sonografía, rayos X, mamografía, resonancia magnética, etc.)	9005x. Otro
01	No cree que sea necesario.....01 No tiene seguro médico.....02 Mi seguro médico no la incluye.....03 Los servicios de salud están lejos.....04 Estuvo enfermo y accidentado.....04 Tuvo un accidente de tránsito.....05 Tuvo un accidente en el hogar.....06 Tuvo un accidente laboral.....04 No estuvo enfermo ni tuvo un accidente.....06 No responde.....07 No sabe.....08	Estuvo enfermo y accidentado.....04 Tuvo un accidente de medicinas.....05 No confía en el sistema de Salud.....06 Otro.....07 No responde.....08 No sabe.....08	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

PARA LOS QUE RECIBIERON CONSULTA MÉDICA											
		PARA LOS QUE RECIBIERON CONSULTA MÉDICA			PARA LOS QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EMERGENCIA						
No. de línea	9007. En qué lugar recibió (nombre) la atención?	9008. ¿A qué tipo de personal médico (nombre) consultó?	9009. ¿Utilizó y le fue aceptado el SFS en la consulta?	9010. ¿Cuanto pagó de diferencia por la consulta?	9011. ¿Fue (nombre) satisfecho(a) con el servicio recibido en la consulta?	9012. ¿Cuál fue el motivo de la emergencia médica que Usted (nombre) recibió en los últimos 3 meses?	9013. En qué lugar recibió (nombre) la atención?	9014. ¿Utilizó el SFS en la emergencia?	9015. ¿Le cobraron algún depósito para atenderlo en la emergencia?		
01	Hospital de SESPAS.....01 Clínica rural de SESPAS.....02 Consultorio o dispensario de SESPAS.....03 Hospital del IDSS.....04 Policlínica, consultorio o dispensario del IDSS.....05 Hospital o dispensario militar.....06 Clínica o dispensario privado.....07 Clínica o dispensario de iglesia o patronato.....08 Otro.....09 No responde.....96 No sabe.....98	Médico general.....01 Pediatra.....02 Ginecólogo(a).....03 Obsteta.....04 Cirujano(a).....05 Cardiólogo (a) .....06 Odontólogo(a).....07 Fisiatra.....08 Naturalista.....09 Otro.....96 No responde.....97 No sabe.....98		RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital de SESPAS.....01 Clínica rural de SESPAS.....02 Consultorio o dispensario de SESPAS.....03 Hospital del IDSS.....04 Policlínica, consultorio o dispensario del IDSS.....05 Hospital o dispensario militar.....06 Clínica o dispensario privado.....07 Clínica o dispensario de iglesia o patronato.....08 Otro.....96 No responde.....97 No sabe.....98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12				RDS_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

PARA LOS QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EMERGENCIA		PARA LOS QUE RECIBIERON INTERNAMIENTO											
No.	9016. ¿Qué tan satisfecho(a) quedó (nombre) con el servicio recibido en la emergencia?	9017. ¿Cuál fue el problema de salud por el cual fue internado (nombre)?	9018. ¿En qué lugar estuvo (nombre) interno?	9019. ¿Qué tipo de personal médico le brindó atención a (nombre) cuando estuvo interno?	9020. ¿Utilizó y le fue aceptado el SFS cuando fue internado?	9021. ¿Le cobraron algún depósito a (nombre) para internarlo?	9022. ¿Le cubrió el seguro los servicios requeridos y en qué proporción?	9023. ¿Qué tan satisfecho(a) quedó (nombre) con el servicio recibido en el internamiento?					
01	Muy satisfecho(a).....1 Satisfecho(a).....2 Indiferente.....3 Insatisfecho(a).....4 Muy insatisfecho(a).....5 No responde.....7 No sabe.....8		Hospital de SESPAS.....01 Clínica rural de SESPAS.....02 Consultorio o dispensario de SESPAS.....03 Hospital del IDSS.....04 Policlínica, consultorio o dispensario del IDSS.....05 Hospital o dispensario militar.....06 Clínica o dispensario privado.....07 Clínica o dispensario de iglesia o patronato.....08 Otro.....09 No responde.....97 No sabe.....98	Médico general.....01 Pediatra.....02 Ginecólogo(a).....03 Obstetra.....04 Cirujano(a).....05 Cardiólogo (a).....06 Otro.....096 No respnde.....97 No sabe.....98	Si, fue aceptado.....01 No, fue rechazado.....02 No, el centro médico no trabaja con SFS.....03 Hizo el internamiento sin utilizar el SFS.....04 No tiene SFS.....05 Otro.....096 No respnde.....97 No sabe.....98	Si.....1 No.....2 No.....3 No.....4 No.....5 No.....6 No.....7 No.....8	Si, totalmente.....1 Si, una parte.....2 Nada.....3 No tiene seguro medico.....4 No responde.....7 No sabe.....8	Muy satisfecho(a).....1 Satisfecho(a).....2 Indiferente.....3 Insatisfecho(a).....4 Muy insatisfecho(a).....5 No responde.....7 No sabe.....8					
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

**PARA LOS QUE SE REALIZARON ANÁLISIS DE LABORATORIO**

No. de línea	9024a. Colesterol	9024b. Triglicéridos	9024c. Glicemia	9024d. Hemograma	9024e. Plaquetas	9024f. Orina	9024g. Coprologico (heces)	9024h. Papanicolau	9024i. Sida VIH	9024x. Otro	9025. ¿En qué lugar se hizo (nombre) los análisis de laboratorio?	9026. ¿Utilizó y le fue aceptado el SFS cuando se hizo los análisis?
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

- Laboratorio privado.....1  
 Laboratorio centro salud SESPAS.....2  
 Laboratorio de clínica privada.....3  
 Laboratorio de iglesia o Patronato.....4  
 Otro.....5  
 No responde.....6  
 No sabe.....7  
 No sabe.....8
- Fue aceptado.....01  
 Fue rechazado.....02  
 El laboratorio no trabaja con SFS.....03  
 Hizo los exámenes sin el SFS.....04  
 No tiene SFS.....05  
 Otro.....96  
 No responde.....97  
 No sabe.....98

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

		PARA LOS QUE SE REALIZARON ESTUDIOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICOS											
No. de línea	9027. ¿Los análisis fueron indicados por un médico del seguro?	9028. ¿El seguro autorizó los exámenes en...	9029. ¿Le cubrió el seguro los exámenes realizados?	9030. ¿En qué proporción le cubrió el seguro los exámenes realizados?	9031. ¿Qué tan satisfecho(a) quedó Usted (nombre) con los servicios recibidos en el laboratorio?	9032. ¿Qué tipo de estudios especiales de diagnóstico se hizo (nombre) en los últimos 3 meses?	9032a. Radiografía	9032b. Sonografía	9032c. Resonancia magnética	9032d. Tomografía	9032e. Mamografía		
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

**PARA LOS QUE SE REALIZARON ESTUDIOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICOS**

No. de línea	9032. ¿Qué tipo de estudios especiales de diagnóstico se hizo (nombre) en los últimos 3 meses? 9032f. Encefalograma	9033. ¿En qué lugar se hizo (nombre) los análisis especiales de diagnósticos?	9034. ¿Utilizó y le fue aceptado el SFS cuando se hizo los análisis?	9035. ¿Los exámenes de diagnósticos fueron indicados por un médico del seguro?	9036. ¿El seguro autorizó los estudios de diagnósticos en:	9037. ¿Le cubrió el seguro los estudios de diagnósticos realizados?	9038. ¿Qué tan satisfecho(a) quedó (nombre) con los servicios recibidos cuando se hizo los estudios?	9039. ¿En los últimos 3 meses a le recetaron a (nombre) medicamentos?	MEDICAMENTOS
	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8	Instituto privado.....1 Centro salud SESPAS.....2 Clínica privada.....3 Iglesia o patronato.....4 Otro.....5 No responde.....7 No sabe.....8	Si, fue aceptado .....1 No, fue rechazado .....2 No, el laboratorio no trabaja con SFS.....3 Hizo los exámenes sin utilizar el SFS.....4 No tiene SFS .....5 Otra .....6 No responde.....7 No sabe.....8	El lugar de la atención.....1 Tuvo que ir a la oficina o stand de la ars.....2 No consignó .....3 Otra .....8	Totalmente.....1 Muy satisfecho(a). ....1 Satisfecho(a).....2 Indiferente.....3 Insatisfecho(a).....4 Muy insatisfecho(a).....5 No responde.....7 No sabe.....8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

No.	MEDICAMENTOS	VERIFIQUE PREGUNTA 8007 Y 8021 PARA TITULARES DEL SEGURO											
		9040. ¿El médico le entregó la receta única para la compra de los medicamentos recetados?	9041. ¿Utilizó y le fue aceptado el SFS en la compra de los medicamentos?	9042. ¿Por qué no utilizó el SFS para adquirir sus medicinas?	9043. ¿En qué proporcion le cubrió el seguro las medicinas recetadas?	9044. ¿Qué tan satisfecho(a) quedó (nombre) con la cobertura de los medicamentos?	9045. ¿Su ARS le ha informado a (nombre) sobre la cobertura de los servicios de promoción y prevención de la salud que le cubre el SFS?	9046. ¿Ha utilizado alguno de estos servicios de promoción y prevención de la salud?	9047. ¿Conoce usted lo que es un Centro de Atención Primaria de Salud?	9048. ¿Qué tan satisfecho(a) está (nombre) con su ARS?	9049. ¿Usted cambió alguna vez de ARS?	TITULAR	Otro
										FIN DE LA ENTREVISTA			
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

			PARA TITULARES DEL SEGURO												
No. de línea	9050. ¿Por qué razón cambió de ARS?	9051. ¿A usted le gustaría cambiar de ARS?	9052. ¿Por qué le gustaría cambiar de ARS?	9053. En relación con su SFS, ¿Actualmente tiene (nombre) algunos de los siguientes problemas? (LEA LAS ALTERNATIVAS)											
				9053a. Su cónyuge o algunos hijos están registrados en una ARS diferente a la suya	9053b. Le negaron la afiliación de algún dependiente	9053c. Aún le queda sin registrar algún dependiente	9053d. Usted no aparece registrado en ninguna ARS	9053e. Le han negado servicios incluidos en el SFS	9053f. La ARS aún no le ha entregado el carnet	9053g. Cancelación de carnet por falta de pago del patrono	9053x. 9053x.				
				Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8				
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

**PARA TITULARES DEL SEGURO**

**ENTREVISTADOR: SI (NOMBRE) para corregir los problemas?**  
(LEA LAS ALTERNATIVAS)

**9054. ¿Qué trámite hizo (nombre) para corregir los problemas?**  
(LEA LAS ALTERNATIVAS)

No. de línea	9054a. Llamó a la DIDA y no le fue atendido	9054b. Llamó a la ARS a la que pertenece	9054c. Llamó a la ARS a la que pertenece	9054d. Habío con el encargado de la empresa donde trabaja	9054x. Otra	9055a. Ser afiliado sin importar la edad ni el sexo	9055b. Ser afiliado sin importar la edad ni el sexo	9055c. Afiliar a su padre y madre en la ARS a la que usted pertenece	9055d. Recibir los servicios contemplados en su plan de servicios de salud	9055e. Ser defendido por el DIDA en la reclamación de sus derechos	9055f. Libre elección de la ARS	9055g. Derecho a cambiar de ARS
	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8	Si.....1 No.....2 No responde..7 No sabe.....8
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN IX. MORBILIDAD Y ATENCIÓN A LA SALUD**

No. de línea	9055. ¿Conoce los siguientes derechos que le asisten a (nombre) y su familia en el SFS que establece la Ley 87-01?			(DE LAS ALTERNATIVAS)		
	9055h. Cobertura para enfermedades de alto costo	9055i. Atención en emergencia sin pago adicional	9055j. Cobertura de medicamentos hasta tres mil pesos anuales	9055x. Otro	9055x. Otro	9055x. Otro
	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8	Sí.....1 No.....2 No responde.....7 No sabe.....8
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NOMBRE	EDAD
<b>No. de línea</b>	<p><b>3001.</b> Por favor dígame los nombres de las personas que residen habitualmente en este hogar, hayan dormido anoche o no aquí, comenzando por el jefe(a) del hogar.</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LÍNEA QUE CORRESPONDA AL INFORMANTE</p> <p>¿Además de las personas que me ha dicho hay alguien más que está viviendo temporalmente en este hogar por favor dígame los nombres?</p>	<p><b>3001.b.</b> ¿Vive (nombre) habitualmente en este hogar?</p> <p>Sí..... 1 No.... 2</p> <p><b>3001.c.</b> ¿(Nombre) durmió aquí anoche?</p> <p>Sí..... 1 No.... 2</p> <p><b>3002.</b> ¿Cuál es la edad de (nombre) en años cumplidos?</p> <p>ENTREVISTADOR: SI LA PERSONA ES MENOR DE 1 AÑO ANOTE "00". SI TIENE 97 O MÁS, ANOTE "97". SI NO SABE LA EDAD ANOTE "98".</p>
<b>01</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>02</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>03</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>04</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>05</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>06</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>07</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>08</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>09</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>