



2 Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
(ENHOGAR - 2013)

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Los datos solicitados son estrictamente confidenciales de acuerdo al Art. 12 de la ley No.5096 de Mayo de 1959.

No. del Cuestionario _____

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
Unidad Primaria de Muestreo (UPM).....				
No. de orden de la vivienda ocupada en el registro				
No. de orden de la vivienda en la muestra				
No. de hogar en la vivienda.....				
VISITAS PARA ENTREVISTA				
	1	2	3	VISITA FINAL
Fecha (dd/mm/aa).....				Día
Nombre del (la) entrevistador(a)				Mes
Hora inicio.....				Año
Hora de término				1 3
Resultado de visita				Resultado de la persona con discapacidad.....
Próxima visita: fecha				Número total de visitas.....
Hora				
CÓDIGOS PARA EL RESULTADO FINAL A LA ENTREVISTA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD				
ENTREVISTADOR(A): ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO FINAL A LA ENTREVISTA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD 1- Completa 2- Incompleta 3- Morador ausente 4- Rechazo 6- Otro _____ (Especifique)				
IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA ENCUESTA				
Nombre entrevistador(a): _____				
Nombre supervisor(a): _____				Fecha de revisión ____ / ____ / 2013
Nombre crítico(a) codificador(a): _____				

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
SECCIÓN 0 IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO			
001	ENTREVISTADOR(A): ANOTE LAS DOS INFORMACIONES SIGUIENTES: A) NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD _____ B) NÚMERO DE LÍNEA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
002	ENTREVISTADOR(A): VAYA AL CUESTIONARIO "1", A LA PREGUNTA 203, TOMA LA EDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y ANÓTELA EN LAS CASILLAS DE LA DERECHA <input type="text"/> <input type="text"/> años		
003	ENTREVISTADOR(A): DE ACUERDO A LA EDAD DE LA PERSONA, MARQUE LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE Y HAGA LA ENTREVISTA SIGUIENDO LA INSTRUCCIÓN QUE SE DA PARA EL CASO: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>LA PERSONA TIENE 10 AÑOS O MÁS Y PUEDE RESPONDER</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">HÁGALE LA ENTREVISTA</div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>LA PERSONA TIENE 10 AÑOS O MÁS, PERO NO PUEDE RESPONDER</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>LA PERSONA TIENE 9 AÑOS O MENOS</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p>↓</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PROCURE UN INFORMANTE ADECUADO Y HÁGALE LA ENTREVISTA</div> </div>		
SECCIÓN I CARACTERÍSTICAS VISUALES			
101	¿Le falta a (usted o nombre) uno o ambos ojos?	Sí 1 No 2	
102	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para ver objetos, leer o distinguir rostros de personas aunque use lentes?	Sí 1 No 2 → 201	
103	¿Aunque (usted o nombre) use lentes, la dificultad que tiene para ver es... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	que con frecuencia necesita tener suficiente luz o usar otras ayudas como un cristal de aumento (lupa)? (Tiene limitación visual)..... 1 que solo ve los objetos que están cerca, o se le dificulta leer? (Tiene baja visión)..... 2 que su visión es muy reducida, ve luz, distingue bultos y algunos colores? (Es ciego(a) parcial)..... 3 que su visión es nula o que únicamente puede percibir alguna luz? (Es totalmente ciego(a))..... 4 ninguna de las anteriores porque sí puede ver bien con lentes?..... 5 → 201	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
104	<p>¿Cuál es la causa principal de la dificultad que tiene (usted o nombre) para ver?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<p>Una enfermedad heredada..... 01</p> <p>Una enfermedad de nacimiento..... 02</p> <p>Una infección por un problema que tuvo la madre durante el parto o el embarazo (rubéola, meningitis, toxoplasmosis) 03</p> <p>Una enfermedad que tuvo 04</p> <p>Un problema relacionado con la edad (vejez)..... 05</p> <p>Un accidente..... 06</p> <p>Otra causa _____ 96 (Especifique)</p>	106
105	<p>¿Cuántos años tenía (usted o nombre) cuando empezó a tener esa dificultad para ver?</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> años </div>	
106	<p>¿Utiliza (usted o nombre) algún dispositivo de apoyo o ayuda para ver, como lupa o magnificador de texto?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	108
107	<p>¿Por qué (usted o nombre) no utiliza dispositivos de apoyo o ayuda para ver?</p>	<p>No sabía que existían esas ayudas..... 1</p> <p>Son muy caros y no los puedo comprar..... 2</p> <p>No me acostumbro o no me gusta usar esas ayudas..... 3</p> <p>Estoy totalmente ciego..... 4</p> <p>No quiero ayuda..... 5</p> <p>Otro dispositivo o ayuda _____ 6 (Especifique)</p>	109
108	<p>¿Qué ayuda utiliza (usted o nombre) para ver?</p>	<p>Lupa simple..... 1</p> <p>Lupa electrónica..... 2</p> <p>Magnificador de texto..... 3</p> <p>Magnificador de pantalla para computadoras..... 4</p> <p>Otra ayuda _____ 6 (Especifique)</p>	
109	<p>¿Utiliza (usted o nombre) algún dispositivo de apoyo o ayuda para movilizarse o para obtener información como bastón o lectura en braille?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	111
110	<p>¿Por qué (usted o nombre) no utiliza dispositivo de ayuda para movilizarse u obtener información del lugar que le rodea?</p>	<p>No sabía que existían esas ayudas..... 1</p> <p>Son muy caros y no los puedo comprar..... 2</p> <p>No me acostumbro o no me gusta usar esas ayudas..... 3</p> <p>Tengo miedo a movilizarme..... 4</p> <p>No quiero ayuda..... 5</p> <p>Otra ayuda _____ 6 (Especifique)</p>	112

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																														
111	¿Qué ayuda utiliza (usted o nombre) para movilizarse o tener contacto con su alrededor?	Bastón..... 01 Perro o lazarillo..... 02 Cuerdas o alambres para identificar el camino..... 03 Libros en braille.....04 Instrucciones o alarmas con audio.....05 Programas o software de computadoras que leen para (usted, él o ella)..... 06 Otra ayuda _____ 96 (Especifique)																															
112	¿Necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas?	Sí 1 No 2	→201																														
113	¿Con qué frecuencia necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas?	Siempre..... 1 Casi siempre..... 2 Ocasionalmente..... 3																															
114	¿Quién o quienes le presta(n) a (usted o nombre) ayuda, apoyo o cuidados personales en su vida diaria? ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center;">SÍ</th> <th style="text-align:center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. El padre o madre.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. El cónyuge.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Un hijo o hija.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Un hermano o hermana.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Un sobrino o sobrina.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Un tío o tía.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. Otros familiares.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Un enfermero o enfermera.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Otro no familiar.....</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. El padre o madre.....	1	2	B. El cónyuge.....	1	2	C. Un hijo o hija.....	1	2	D. Un hermano o hermana.....	1	2	E. Un sobrino o sobrina.....	1	2	F. Un tío o tía.....	1	2	G. Otros familiares.....	1	2	H. Un enfermero o enfermera.....	1	2	I. Otro no familiar.....	1	2	
	SÍ	NO																															
A. El padre o madre.....	1	2																															
B. El cónyuge.....	1	2																															
C. Un hijo o hija.....	1	2																															
D. Un hermano o hermana.....	1	2																															
E. Un sobrino o sobrina.....	1	2																															
F. Un tío o tía.....	1	2																															
G. Otros familiares.....	1	2																															
H. Un enfermero o enfermera.....	1	2																															
I. Otro no familiar.....	1	2																															
SECCIÓN II CARACTERÍSTICAS AUDITIVAS																																	
201	¿Es (usted o nombre) sordo de uno o ambos oídos?	Sí 1 No 2																															
202	¿Le falta a (usted o nombre) una o ambas orejas?	Sí 1 No 2																															
202F VERIFIQUE 201 Y 202 SI AL MENOS UN "SÍ" CONTINÚE <input type="checkbox"/> SI LAS DOS SON "NO" <input type="checkbox"/> → 301																																	
203	↓ ¿Utiliza (usted o nombre) audífonos para escuchar?	Sí 1 No 2	→205																														
204	¿Aunque (usted o nombre) use audífonos, la dificultad que tiene para escuchar es... ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA	que puede oír sonidos suaves o entender el habla?.....1 que puede oír sonidos cuando están cerca, pero no entiende?.....2 que escucha porque tiene un implante?.....3 ninguna dificultad, escucha con audífono?.....4 que no escucha nada?.....5																															
205	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando dejó de oír o escuchar?	<input type="text"/> <input type="text"/> años																															

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																														
206	<p>¿Cuál es la causa principal de la dificultad para escuchar que tiene (usted o nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	Una enfermedad heredada 01 Una enfermedad de nacimiento..... 02 Una infección por un problema que tuvo la madre durante el parto o el embarazo..... 03 Una enfermedad que tuvo..... 04 Es un problema relacionado con la edad (vejez)..... 05 Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y algunos medicamentos)..06 Por un accidente..... 07 Otra causa _____ 96 <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	} 208																														
207	<p>¿Cuántos años tenía (usted o nombre) cuando empezó a tener esa dificultad para escuchar o comunicarse?</p>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> años																															
208	<p>¿Utiliza (usted o nombre) algún dispositivo de apoyo o ayuda para escuchar y comunicarse, como audífono o implante?</p>	Sí 1 No 2	→210																														
209	<p>¿Por qué (usted o nombre) no utiliza dispositivo de apoyo o ayuda para escuchar y comunicarse?</p>	No sabía que existían esas ayudas..... 1 Son muy caros y no los puedo comprar..... 2 No me acostumbro, es incómodo..... 3 No necesito ayuda..... 4 Otra _____ 6 <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>																															
210	<p>¿Cuáles de los diferentes métodos de comunicación oral o escrita utiliza (usted o nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Lenguaje de señas.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. Gestos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Deletreo con los dedos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Lee los labios.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Vocaliza o habla.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Escritura y lectura.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. Lenguaje de señas.....	1	2	B. Gestos.....	1	2	C. Deletreo con los dedos.....	1	2	D. Lee los labios.....	1	2	E. Vocaliza o habla.....	1	2	F. Escritura y lectura.....	1	2										
	SÍ	NO																															
A. Lenguaje de señas.....	1	2																															
B. Gestos.....	1	2																															
C. Deletreo con los dedos.....	1	2																															
D. Lee los labios.....	1	2																															
E. Vocaliza o habla.....	1	2																															
F. Escritura y lectura.....	1	2																															
211	<p>¿Necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas para comunicarse?</p>	Sí 1 No 2	→301																														
212	<p>¿Con qué frecuencia necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas?</p>	Siempre..... 1 Casi siempre..... 2 Ocasionalmente..... 3																															
213	<p>¿Quién o quiénes le presta(n) a (usted o nombre) ayuda, apoyo o cuidados personales en su vida diaria?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. El padre o madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. El cónyuge.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Un hijo o hija.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Un hermano o hermana.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Un sobrino o sobrina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Un tío o tía.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. Otros familiares.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Un enfermero o enfermera.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Otro no familiar.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. El padre o madre.....	1	2	B. El cónyuge.....	1	2	C. Un hijo o hija.....	1	2	D. Un hermano o hermana.....	1	2	E. Un sobrino o sobrina.....	1	2	F. Un tío o tía.....	1	2	G. Otros familiares.....	1	2	H. Un enfermero o enfermera.....	1	2	I. Otro no familiar.....	1	2	
	SÍ	NO																															
A. El padre o madre.....	1	2																															
B. El cónyuge.....	1	2																															
C. Un hijo o hija.....	1	2																															
D. Un hermano o hermana.....	1	2																															
E. Un sobrino o sobrina.....	1	2																															
F. Un tío o tía.....	1	2																															
G. Otros familiares.....	1	2																															
H. Un enfermero o enfermera.....	1	2																															
I. Otro no familiar.....	1	2																															

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																														
SECCIÓN III CARACTERÍSTICAS DEL HABLA O LA COMUNICACIÓN																																	
301	¿Es (usted o nombre) mudo(a)?	Sí 1 No 2	→303																														
302	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para hablar de manera comprensible o decir frases sin ayuda externa?	Sí 1 No 2	→401																														
303	¿Cuál es la causa principal de la dificultad para hablar que tiene (usted o nombre)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	Es hereditario 01 Es de nacimiento..... 02 Es por un problema de la madre durante el parto o en el embarazo..... 03 Una enfermedad que tuvo..... 04 Es un problema relacionado con la edad (vejez)..... 05 Un accidente..... 06 otra causa _____ 96 (Especifique)	} 305																														
304	¿Cuántos años tenía (usted o nombre) cuando empezó a tener esa dificultad para hablar?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> años																															
305	¿Utiliza (usted o nombre) algún dispositivo de apoyo o ayuda para hablar?	Sí 1 No 2																															
306	¿Cuáles de los diferentes métodos de comunicación utiliza (usted o nombre)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Lenguaje de señas.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. Gestos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Deletreo con los dedos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Lee los labios.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Vocaliza o habla.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Escritura y lectura.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. Lenguaje de señas.....	1	2	B. Gestos.....	1	2	C. Deletreo con los dedos.....	1	2	D. Lee los labios.....	1	2	E. Vocaliza o habla.....	1	2	F. Escritura y lectura.....	1	2										
	SÍ	NO																															
A. Lenguaje de señas.....	1	2																															
B. Gestos.....	1	2																															
C. Deletreo con los dedos.....	1	2																															
D. Lee los labios.....	1	2																															
E. Vocaliza o habla.....	1	2																															
F. Escritura y lectura.....	1	2																															
307	¿Necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas para comunicarse?	Sí 1 No 2	→401																														
308	¿Con qué frecuencia necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas?	Siempre..... 1 Casi siempre..... 2 Ocasionalmente..... 3																															
309	¿Quién o quiénes le presta(n) a (usted o nombre) ayuda, apoyo o cuidados personales en su vida diaria? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. El padre o madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. El cónyuge.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Un hijo o hija.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Un hermano o hermana.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Un sobrino o sobrina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Un tío o tía.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. Otros familiares.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Un enfermero o enfermera.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Otro no familiar.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. El padre o madre.....	1	2	B. El cónyuge.....	1	2	C. Un hijo o hija.....	1	2	D. Un hermano o hermana.....	1	2	E. Un sobrino o sobrina.....	1	2	F. Un tío o tía.....	1	2	G. Otros familiares.....	1	2	H. Un enfermero o enfermera.....	1	2	I. Otro no familiar.....	1	2	
	SÍ	NO																															
A. El padre o madre.....	1	2																															
B. El cónyuge.....	1	2																															
C. Un hijo o hija.....	1	2																															
D. Un hermano o hermana.....	1	2																															
E. Un sobrino o sobrina.....	1	2																															
F. Un tío o tía.....	1	2																															
G. Otros familiares.....	1	2																															
H. Un enfermero o enfermera.....	1	2																															
I. Otro no familiar.....	1	2																															

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.		
SECCIÓN IV CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL					
401	¿Tiene (usted o nombre) alguna discapacidad mental?	Sí 1 No 2			
402	¿Tiene (usted o nombre) alguna dificultad para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?	Sí 1 No 2			
403	¿Tiene (usted o nombre) alguna dificultad para expresarse de manera comprensible y decir una frase con sentido?	Sí 1 No 2	→ 411		
404	¿Qué grado de dificultad tiene (usted o nombre) para expresarse de manera comprensible y decir una frase con sentido? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</div>	Poca 1 Moderada..... 2 Mucha..... 3			
405	¿Cuál es la causa principal de la dificultad de (usted o nombre) para expresarse de manera comprensible y decir una frase con sentido? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</div>	Es hereditario 01 Es de nacimiento.....02 Es por un problema de la madre en el parto o durante el embarazo..... 03 Una enfermedad que tuvo..... 04 Es un problema relacionado con la edad (vejez)..... 05 Por un accidente.....06 por consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y algunos medicamentos).....07 Otra causa _____ 96 (Especifique)	} 407		
406	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando dejó de expresarse de manera comprensible y decir una frase con sentido?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> años			
407	¿Utiliza (usted o nombre) dispositivo de apoyo o ayuda para hablar de manera comprensible o decir frases con sentido?	Sí 1 No 2	→ 411		
408	¿Tiene (usted o nombre) alguna dificultad para utilizar el dispositivo de apoyo o ayuda?	Sí 1 No 2			
409	¿Qué dispositivo de apoyo o ayuda utiliza (usted o nombre)?	_____ (Especifique)			
410	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando empezó a utilizar dispositivo de apoyo o ayuda?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> años			
411	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para realizar tareas sencillas sin ayuda o supervisión? Por ejemplo, tomar un vaso con agua, sacar algo de un armario, etc.	Sí 1 No 2			
412	¿Necesita (usted o nombre) de cuidados especiales por su dificultad?	Sí 1 No 2	→ 501		

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																														
413	¿Quién o quienes les presta(n) a (usted o nombre) ayuda, apoyo o cuidados personales? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. El padre o madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. El cónyuge.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Un hijo o hija.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Un hermano o hermana.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Un sobrino o sobrina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Un tío o tía.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. Otros familiares.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Un enfermero o enfermera.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Otro no familiar.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. El padre o madre.....	1	2	B. El cónyuge.....	1	2	C. Un hijo o hija.....	1	2	D. Un hermano o hermana.....	1	2	E. Un sobrino o sobrina.....	1	2	F. Un tío o tía.....	1	2	G. Otros familiares.....	1	2	H. Un enfermero o enfermera.....	1	2	I. Otro no familiar.....	1	2	
	SÍ	NO																															
A. El padre o madre.....	1	2																															
B. El cónyuge.....	1	2																															
C. Un hijo o hija.....	1	2																															
D. Un hermano o hermana.....	1	2																															
E. Un sobrino o sobrina.....	1	2																															
F. Un tío o tía.....	1	2																															
G. Otros familiares.....	1	2																															
H. Un enfermero o enfermera.....	1	2																															
I. Otro no familiar.....	1	2																															
SECCIÓN V CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD MOTRIZ																																	
501	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para cambiar de postura sin ayuda y sin supervisión? Por ejemplo, levantarse, sentarse, acostarse, etc	Sí 1 No 2 → 511																															
502	¿Cuál es la causa principal de esa dificultad para cambiar de postura sin ayuda y sin supervisión? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Es hereditario</td> <td style="text-align: center;">01</td> <td rowspan="8" style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding-left: 10px;">} 504</td> </tr> <tr> <td>Es de nacimiento</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>Un problema de la madre durante el parto o en el embarazo.....</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>Una enfermedad que tuvo.....</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>Un problema relacionado con la edad (vejez).....</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>Por un accidente.....</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>Otra causa _____</td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(Especifique)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Es hereditario	01	} 504	Es de nacimiento	02	Un problema de la madre durante el parto o en el embarazo.....	03	Una enfermedad que tuvo.....	04	Un problema relacionado con la edad (vejez).....	05	Por un accidente.....	06	Otra causa _____	96	(Especifique)															
Es hereditario	01	} 504																															
Es de nacimiento	02																																
Un problema de la madre durante el parto o en el embarazo.....	03																																
Una enfermedad que tuvo.....	04																																
Un problema relacionado con la edad (vejez).....	05																																
Por un accidente.....	06																																
Otra causa _____	96																																
(Especifique)																																	
503	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando dejó de cambiar de postura sin ayuda?	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> años </div>																															
504	¿Utiliza (usted o nombre) dispositivos de apoyo o ayuda para mejorar su movilidad?	Sí 1 No 2 → 509																															
505	¿Tiene (usted o nombre) alguna dificultad para utilizar el o los dispositivos de apoyo o ayuda?	Sí 1 No 2																															
506	¿Qué dispositivo de apoyo o ayuda utiliza (usted o nombre)?	_____ (Especifique)																															
507	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando empezó a utilizar dispositivos de apoyo o ayuda?	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> años </div>																															
508	¿Con qué grado de dificultad diría (usted o nombre) que puede andar o moverse dentro de la vivienda sin ayuda o supervisión? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Ninguna</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Poca</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Moderada.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Mucha</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table>	Ninguna	1	Poca	2	Moderada.....	3	Mucha	4																							
Ninguna	1																																
Poca	2																																
Moderada.....	3																																
Mucha	4																																
509	¿Necesita (usted o nombre) de cuidados especiales por su dificultad?	Sí 1 No 2 → 511																															

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																														
510	¿Quién o quiénes les presta(n) a (usted o nombre) ayuda, apoyo o cuidados personales? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. El padre o madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. El cónyuge.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Un hijo o hija.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Un hermano o hermana.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Un sobrino o sobrina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Un tío o tía.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. Otros familiares.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Un enfermero o enfermera.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Otro no familiar.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. El padre o madre.....	1	2	B. El cónyuge.....	1	2	C. Un hijo o hija.....	1	2	D. Un hermano o hermana.....	1	2	E. Un sobrino o sobrina.....	1	2	F. Un tío o tía.....	1	2	G. Otros familiares.....	1	2	H. Un enfermero o enfermera.....	1	2	I. Otro no familiar.....	1	2	
	SÍ	NO																															
A. El padre o madre.....	1	2																															
B. El cónyuge.....	1	2																															
C. Un hijo o hija.....	1	2																															
D. Un hermano o hermana.....	1	2																															
E. Un sobrino o sobrina.....	1	2																															
F. Un tío o tía.....	1	2																															
G. Otros familiares.....	1	2																															
H. Un enfermero o enfermera.....	1	2																															
I. Otro no familiar.....	1	2																															
511	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda sin ayuda o supervisión? Por ejemplo, tomar el transporte público, hacer diligencias, ir a algún lugar a recrearse, etc.	Sí 1 No 2																															
512	¿Recibe (usted o nombre) supervisión, asistencia personal o utiliza algún dispositivo de apoyo para andar o moverse fuera de su vivienda?	Sí, sólo asistencia personal..... 1 Sí, sólo dispositivo de apoyo..... 2 Sí, ambos tipos de ayuda..... 3 No recibe supervisión, asistencia ni utiliza dispositivo de apoyo..... 4																															
513	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando comenzó su dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda?	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> años																															

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
606	¿Qué dispositivo de apoyo o ayuda utiliza (usted o nombre)?	_____ (Especifique)	
607	¿Recibe (usted o nombre) supervisión, asistencia personal o utiliza algún dispositivo de apoyo para levantar o mover objetos con los brazos o con las manos?	Sí, sólo asistencia personal..... 1 Sí, sólo dispositivo de apoyo..... 2 Sí, ambos tipos de ayuda..... 3 No recibe supervisión, asistencia personal ni utiliza dispositivo de apoyo... 4	→701
608	¿Considera que los dispositivos de apoyo o ayuda que recibe o utiliza (usted o nombre) actualmente satisfacen sus necesidades?	Sí, las satisfacen.....1 No, no las satisfacen..... 2 No recibe dispositivos de apoyo, aunque los necesites..... 3 No necesito dispositivos de apoyo..... 4	→701
609	¿Con qué grado de dificultad diría que (usted o nombre) puede levantar y transportar objetos con los brazos o las manos cuando recibe ayuda o asistencia personal? ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA	Con ninguna dificultad 1 Con poca dificultad..... 2 Con dificultad moderada..... 3 Con mucha dificultad..... 4 No puede realizar la actividad..... 5	
610	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando comenzó a utilizar adaptaciones o dispositivos de apoyo o ayuda en los brazos o en las manos?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
SECCIÓN VII CARACTERÍSTICAS DE DISCAPACIDAD EN LAS MANOS Y LOS DEDOS			
701	¿Le falta a (usted o nombre) alguna mano o algún dedo?	Sí 1 No 2	
702	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para manipular objetos pequeños con manos y dedos sin ayuda o supervisión? Por ejemplo, coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con un bolígrafo, etc.	Sí 1 No 2	
702F	VERIFIQUE 701 Y 702 SI AL MENOS UN "SÍ" CONTINÚE <input type="checkbox"/>	SI LAS DOS SON "NO" <input type="checkbox"/>	→ 801
703	¿Cuál es la causa principal de la dificultad que tiene (usted o nombre) para manipular objetos pequeños con las manos y con los dedos? ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA	Es hereditario 01 Es de nacimiento..... 02 Por un problema de la madre durante el parto o en el embarazo..... 03 Por una enfermedad que tuvo..... 04 Un problema relacionado con la edad (vejez)..... 05 Por un accidente que tuvo..... 06 Otra causa 96 (Especifique)	} 705
704	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando comenzó la dificultad para manipular objetos pequeños utilizando las manos y los dedos?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
705	¿Recibe (usted o nombre) supervisión o asistencia personal para manipular objetos pequeños, utilizando las manos y los dedos?	Sí..... 1 No..... 2	
706	¿Utiliza (usted o nombre) adaptaciones u otros dispositivos de apoyo o ayuda para manipular objetos pequeños, utilizando las manos y los dedos?	Sí 1 No 2	→ 801

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
707	¿Qué dispositivo de apoyo o ayuda utiliza (usted o nombre) para manipular objetos pequeños con las manos y dedos?	_____ (Especifique)	
708	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando comenzó a utilizar adaptaciones o dispositivo de apoyo o ayuda?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
SECCIÓN VIII CARACTERÍSTICAS DE DISCAPACIDAD EN PIERNAS Y PIES			
801	¿Le falta a (usted o nombre) alguna pierna o algún pie?	Sí 1 No 2	
802	¿Le falta a (usted o nombre) uno o más dedos de los pies?	Sí 1 No 2	
803	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para caminar o permanecer de pie sin ayuda o supervisión? Por ejemplo, patear una pelota, subir o bajar una escalera, etc.	Sí 1 No 2	
803F	VERIFIQUE 801, 802 Y 803 SI AL MENOS UN "SÍ" CONTINÚE <input type="checkbox"/>	SI LAS TRES SON "NO" <input type="checkbox"/> → 901	
804	↓ ¿Cuál es la causa principal de la dificultad que tiene (usted o nombre) para caminar o permanecer de pie? ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA	Es hereditario 01 Es de nacimiento 02 Por un problema de la madre durante el parto o en el embarazo..... 03 Por una enfermedad que tuvo..... 04 Por un problema relacionado con la edad (vejez)..... 05 Un accidente..... 06 Otra causa 96 (Especifique)	806
805	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando empezó a tener dificultad para caminar o permanecer de pie?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
806	¿Recibe (usted o nombre) supervisión o asistencia personal para caminar o permanecer de pie?	Sí 1 No 2	
807	¿Utiliza adaptaciones u otros dispositivos de apoyo o ayuda para caminar o permanecer de pie?	Sí 1 No 2 → 810	
808	¿Qué dispositivo de apoyo o ayuda utiliza (usted o nombre) para caminar o permanecer de pie?	_____ (Especifique)	
809	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando empezó a utilizar ese dispositivo de apoyo?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
810	¿Necesita (usted o nombre) dispositivos de apoyo para caminar o permanecer de pie?	Sí 1 No 2	
811	¿(Usted o nombre) conduce vehículo de motor?	Sí 1 No 2 → 901	
812	¿Utiliza (usted o nombre) adaptaciones para conducir un vehículo?	Sí 1 No 2 → 901	
813	¿Tiene (usted o nombre) dificultad para conducir vehículo de motor sin adaptaciones?	Sí 1 No 2	
814	¿Qué edad tenía (usted o nombre) cuando comenzó a utilizar adaptaciones para conducir un vehículo de motor?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	

PARA TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																	
SECCIÓN IX ASISTENCIA																																				
901	¿Recibe (usted o nombre) alguna ayuda por concepto de... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADOR(A): ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS ALTERNATIVAS DECLARADAS POR LA PERSONA ENTREVISTADA. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. alimentos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. ropa?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. medicinas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. consultas médicas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. servicios de transporte?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. compañía u otros cuidados especiales?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	A. alimentos?.....	1	2	B. ropa?.....	1	2	C. medicinas?.....	1	2	D. consultas médicas?.....	1	2	E. servicios de transporte?.....	1	2	F. compañía u otros cuidados especiales?.....	1	2													
	Sí	No																																		
A. alimentos?.....	1	2																																		
B. ropa?.....	1	2																																		
C. medicinas?.....	1	2																																		
D. consultas médicas?.....	1	2																																		
E. servicios de transporte?.....	1	2																																		
F. compañía u otros cuidados especiales?.....	1	2																																		
902	¿Necesita (usted o nombre) dispositivos de apoyo o ayuda como... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. audífonos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. silla de ruedas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. muleta(s)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. bastón?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. prótesis en brazo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. prótesis en pierna?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. férula en brazo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. férula de pierna?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. andador?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>J. soporte en piernas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	A. audífonos?.....	1	2	B. silla de ruedas?.....	1	2	C. muleta(s)?.....	1	2	D. bastón?.....	1	2	E. prótesis en brazo?.....	1	2	F. prótesis en pierna?.....	1	2	G. férula en brazo?.....	1	2	H. férula de pierna?.....	1	2	I. andador?.....	1	2	J. soporte en piernas?.....	1	2	
	Sí	No																																		
A. audífonos?.....	1	2																																		
B. silla de ruedas?.....	1	2																																		
C. muleta(s)?.....	1	2																																		
D. bastón?.....	1	2																																		
E. prótesis en brazo?.....	1	2																																		
F. prótesis en pierna?.....	1	2																																		
G. férula en brazo?.....	1	2																																		
H. férula de pierna?.....	1	2																																		
I. andador?.....	1	2																																		
J. soporte en piernas?.....	1	2																																		
903	¿Necesita (usted o nombre) ayuda de otras personas para... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO A CADA UNA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. bañarse?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. alimentarse?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. vestirse?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. acostarse?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. relacionarse con los demás?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. desplazarse dentro del hogar?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. desplazarse fuera del hogar?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. integrarse al aprendizaje?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. no necesita ayuda?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	A. bañarse?.....	1	2	B. alimentarse?.....	1	2	C. vestirse?.....	1	2	D. acostarse?.....	1	2	E. relacionarse con los demás?.....	1	2	F. desplazarse dentro del hogar?.....	1	2	G. desplazarse fuera del hogar?.....	1	2	H. integrarse al aprendizaje?.....	1	2	I. no necesita ayuda?.....	1	2				
	Sí	No																																		
A. bañarse?.....	1	2																																		
B. alimentarse?.....	1	2																																		
C. vestirse?.....	1	2																																		
D. acostarse?.....	1	2																																		
E. relacionarse con los demás?.....	1	2																																		
F. desplazarse dentro del hogar?.....	1	2																																		
G. desplazarse fuera del hogar?.....	1	2																																		
H. integrarse al aprendizaje?.....	1	2																																		
I. no necesita ayuda?.....	1	2																																		
904	Debido a su dificultad ¿Pertenece (usted o nombre) o sus familiares a alguna organización o asociación no gubernamental (ONG) dedicada a personas con discapacidades?	Sí 1 No 2	→ 906																																	
905	¿A qué organización u organizaciones no gubernamentales (ONG) pertenece (usted o nombre) o sus familiares, por motivo de su dificultad? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ENTREVISTADOR(A): ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS ALTERNATIVAS DECLARADAS POR LA PERSONA ENTREVISTADA. </div>	Fundación Dominicana de Ciegos..... a Escuela Nacional de Sordo Mudos..... b Asociación Nacional de Sordos..... c Asociación Dominicana de Rehabilitación..... d Centro Psicopedagógico Integral.....e Fundación Pro-Discapitado.....f Fundación de Personas con Lesiones Medulares.....g Fundación o Asociación Dominicana de Autismo.....h Asociación Dominicana de Síndrome de Down..... j Otra _____ x (Especifique)																																		
906	De las instituciones gubernamentales ¿Cuál o cuáles le prestan asistencia?	El CONADIS..... a El Ministerio de Salud Pública..... b Ninguna c Otra _____ x (Especifique)																																		

PARA TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																
SECCIÓN IX DISCRIMINACIÓN																																																			
907	En los últimos 12 meses, ¿Se ha sentido (usted o nombre) discriminado(a) por motivo de su dificultad? Por ejemplo, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado, o se le ha hecho sentir inferior?	Nunca..... 1 Algunas veces..... 2 Muchas veces..... 3 Constantemente..... 4																																																	
908	En los últimos 12 meses ¿Se ha sentido (usted o nombre) discriminado(a) por motivo de su dificultad en alguna de las siguientes situaciones? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. En la atención primaria (asistencia médica).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. En servicios especializados de apoyo (asociaciones, rehabilitación, atención temprana, etc.).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. En el ámbito escolar o actividades de formación.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Para encontrar empleo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. En el lugar de trabajo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. En el transporte (carro, autobús del transporte público).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. En la administración pública.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Para decidir sobre sus bienes (vivienda, cuentas bancarias, etc.).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Para contratar seguros.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>J. Para participar en actividades culturales, de ocio o diversiones (museo, teatro, bares, concierto, cines, etc.).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>K. En la participación social.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>L. En las relaciones sociales.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>X. Otra _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. En la atención primaria (asistencia médica).....	1	2	B. En servicios especializados de apoyo (asociaciones, rehabilitación, atención temprana, etc.).....	1	2	C. En el ámbito escolar o actividades de formación.....	1	2	D. Para encontrar empleo.....	1	2	E. En el lugar de trabajo.....	1	2	F. En el transporte (carro, autobús del transporte público).....	1	2	G. En la administración pública.....	1	2	H. Para decidir sobre sus bienes (vivienda, cuentas bancarias, etc.).....	1	2	I. Para contratar seguros.....	1	2	J. Para participar en actividades culturales, de ocio o diversiones (museo, teatro, bares, concierto, cines, etc.).....	1	2	K. En la participación social.....	1	2	L. En las relaciones sociales.....	1	2	X. Otra _____ (Especifique)	1	2							
	SÍ	NO																																																	
A. En la atención primaria (asistencia médica).....	1	2																																																	
B. En servicios especializados de apoyo (asociaciones, rehabilitación, atención temprana, etc.).....	1	2																																																	
C. En el ámbito escolar o actividades de formación.....	1	2																																																	
D. Para encontrar empleo.....	1	2																																																	
E. En el lugar de trabajo.....	1	2																																																	
F. En el transporte (carro, autobús del transporte público).....	1	2																																																	
G. En la administración pública.....	1	2																																																	
H. Para decidir sobre sus bienes (vivienda, cuentas bancarias, etc.).....	1	2																																																	
I. Para contratar seguros.....	1	2																																																	
J. Para participar en actividades culturales, de ocio o diversiones (museo, teatro, bares, concierto, cines, etc.).....	1	2																																																	
K. En la participación social.....	1	2																																																	
L. En las relaciones sociales.....	1	2																																																	
X. Otra _____ (Especifique)	1	2																																																	
SECCIÓN IX ACTIVIDADES QUE REALIZA O QUE LES GUSTARÍA REALIZAR																																																			
909	¿A cuáles de las siguientes actividades se dedica principalmente en su tiempo libre? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. A ver programas de televisión o películas en DVD..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. A escuchar la radio o música.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. A leer periódicos, libros, revistas, etc.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Hablar por teléfono con amigos o familiares.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Hacer ejercicios físicos (deportes, caminar, etc.).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. A navegar por Internet.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. A chatear, enviar mail.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Asistir a clases o cursos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Hacer artesanía, manualidades.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>J. Visitar amigos o familiares.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>K. Ir de compras.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>L. Asistir a eventos deportivos o culturales.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>M. A visitar bibliotecas o museos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>N. A viajar.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>X. Otra _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. A ver programas de televisión o películas en DVD..	1	2	B. A escuchar la radio o música.....	1	2	C. A leer periódicos, libros, revistas, etc.....	1	2	D. Hablar por teléfono con amigos o familiares.....	1	2	E. Hacer ejercicios físicos (deportes, caminar, etc.).....	1	2	F. A navegar por Internet.....	1	2	G. A chatear, enviar mail.....	1	2	H. Asistir a clases o cursos.....	1	2	I. Hacer artesanía, manualidades.....	1	2	J. Visitar amigos o familiares.....	1	2	K. Ir de compras.....	1	2	L. Asistir a eventos deportivos o culturales.....	1	2	M. A visitar bibliotecas o museos.....	1	2	N. A viajar.....	1	2	X. Otra _____ (Especifique)	1	2	
	SÍ	NO																																																	
A. A ver programas de televisión o películas en DVD..	1	2																																																	
B. A escuchar la radio o música.....	1	2																																																	
C. A leer periódicos, libros, revistas, etc.....	1	2																																																	
D. Hablar por teléfono con amigos o familiares.....	1	2																																																	
E. Hacer ejercicios físicos (deportes, caminar, etc.).....	1	2																																																	
F. A navegar por Internet.....	1	2																																																	
G. A chatear, enviar mail.....	1	2																																																	
H. Asistir a clases o cursos.....	1	2																																																	
I. Hacer artesanía, manualidades.....	1	2																																																	
J. Visitar amigos o familiares.....	1	2																																																	
K. Ir de compras.....	1	2																																																	
L. Asistir a eventos deportivos o culturales.....	1	2																																																	
M. A visitar bibliotecas o museos.....	1	2																																																	
N. A viajar.....	1	2																																																	
X. Otra _____ (Especifique)	1	2																																																	

PARA TODAS LAS DISCAPACIDADES

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																			
910	<p>¿Cuáles de las siguientes actividades le gustaría realizar en su tiempo libre para divertirse y no lo hace debido a su dificultad?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. A ver programas de televisión o películas en DVD..</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>B. A escuchar la radio o música.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>C. A leer periódicos, libros, revistas, etc.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>D. Hablar por teléfono con amigos o familiares.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>E. Hacer ejercicios físicos (deportes, caminar, etc.)....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>F. A navegar por Internet.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>G. A chatear, enviar mail.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>H. Asistir a clases o cursos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>I. Hacer artesanía, manualidades.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>J. Visitar amigos o familiares.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>K. Ir de compras.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>L. Asistir a eventos deportivos o culturales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>M. A visitar bibliotecas o museos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>N. A viajar.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>X. Otras _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Especifique)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. A ver programas de televisión o películas en DVD..	1	2	B. A escuchar la radio o música.....	1	2	C. A leer periódicos, libros, revistas, etc.....	1	2	D. Hablar por teléfono con amigos o familiares.....	1	2	E. Hacer ejercicios físicos (deportes, caminar, etc.)....	1	2	F. A navegar por Internet.....	1	2	G. A chatear, enviar mail.....	1	2	H. Asistir a clases o cursos.....	1	2	I. Hacer artesanía, manualidades.....	1	2	J. Visitar amigos o familiares.....	1	2	K. Ir de compras.....	1	2	L. Asistir a eventos deportivos o culturales.....	1	2	M. A visitar bibliotecas o museos.....	1	2	N. A viajar.....	1	2	X. Otras _____	1	2	(Especifique)			
	SÍ	NO																																																				
A. A ver programas de televisión o películas en DVD..	1	2																																																				
B. A escuchar la radio o música.....	1	2																																																				
C. A leer periódicos, libros, revistas, etc.....	1	2																																																				
D. Hablar por teléfono con amigos o familiares.....	1	2																																																				
E. Hacer ejercicios físicos (deportes, caminar, etc.)....	1	2																																																				
F. A navegar por Internet.....	1	2																																																				
G. A chatear, enviar mail.....	1	2																																																				
H. Asistir a clases o cursos.....	1	2																																																				
I. Hacer artesanía, manualidades.....	1	2																																																				
J. Visitar amigos o familiares.....	1	2																																																				
K. Ir de compras.....	1	2																																																				
L. Asistir a eventos deportivos o culturales.....	1	2																																																				
M. A visitar bibliotecas o museos.....	1	2																																																				
N. A viajar.....	1	2																																																				
X. Otras _____	1	2																																																				
(Especifique)																																																						

SECCIÓN IX BARRERAS

911	<p>En la actualidad, ¿Tiene (usted o nombre) dificultad para desenvolverse con normalidad en algunos de los siguientes lugares de su vivienda o edificio?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. En la entrada de su vivienda.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>B. En el ascensor.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>C. En las escaleras.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>D. En el cuarto de baño.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>E. En la cocina.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>F. En otras habitaciones de la vivienda.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>G. En la terraza o en el patio.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>X. En otros lugares de su vivienda o edificio _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Especifique)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. En la entrada de su vivienda.....	1	2	B. En el ascensor.....	1	2	C. En las escaleras.....	1	2	D. En el cuarto de baño.....	1	2	E. En la cocina.....	1	2	F. En otras habitaciones de la vivienda.....	1	2	G. En la terraza o en el patio.....	1	2	X. En otros lugares de su vivienda o edificio _____	1	2	(Especifique)															
	SÍ	NO																																											
A. En la entrada de su vivienda.....	1	2																																											
B. En el ascensor.....	1	2																																											
C. En las escaleras.....	1	2																																											
D. En el cuarto de baño.....	1	2																																											
E. En la cocina.....	1	2																																											
F. En otras habitaciones de la vivienda.....	1	2																																											
G. En la terraza o en el patio.....	1	2																																											
X. En otros lugares de su vivienda o edificio _____	1	2																																											
(Especifique)																																													
912	<p>En la actualidad, ¿Tiene (usted o nombre) dificultad para desenvolverse con normalidad en algunos de los siguientes lugares fuera de su vivienda?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Para bajar y subir a la acera.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>B. En el supermercado.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>C. Con el transporte público.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>D. En el baño público.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>E. Para identificar calles, cruces y señales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>F. Para evadir los objetos de las aceras (zafacones, hoyos, postes de luz).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>G. Para cruzar la calle.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>H. En los centros deportivos y culturales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>I. En los centros educativos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>J. En las oficinas gubernamentales.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>K. En los centros de salud.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>L. En los bancos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>X. En otro lugar fuera de la vivienda.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. Para bajar y subir a la acera.....	1	2	B. En el supermercado.....	1	2	C. Con el transporte público.....	1	2	D. En el baño público.....	1	2	E. Para identificar calles, cruces y señales.....	1	2	F. Para evadir los objetos de las aceras (zafacones, hoyos, postes de luz).....	1	2	G. Para cruzar la calle.....	1	2	H. En los centros deportivos y culturales.....	1	2	I. En los centros educativos.....	1	2	J. En las oficinas gubernamentales.....	1	2	K. En los centros de salud.....	1	2	L. En los bancos.....	1	2	X. En otro lugar fuera de la vivienda.....	1	2	
	SÍ	NO																																											
A. Para bajar y subir a la acera.....	1	2																																											
B. En el supermercado.....	1	2																																											
C. Con el transporte público.....	1	2																																											
D. En el baño público.....	1	2																																											
E. Para identificar calles, cruces y señales.....	1	2																																											
F. Para evadir los objetos de las aceras (zafacones, hoyos, postes de luz).....	1	2																																											
G. Para cruzar la calle.....	1	2																																											
H. En los centros deportivos y culturales.....	1	2																																											
I. En los centros educativos.....	1	2																																											
J. En las oficinas gubernamentales.....	1	2																																											
K. En los centros de salud.....	1	2																																											
L. En los bancos.....	1	2																																											
X. En otro lugar fuera de la vivienda.....	1	2																																											
913	<p>¿Qué tipo(s) de transporte(s) utiliza (usted o nombre) para ir de un lugar a otro? Por ejemplo, para ir al médico, ir al supermercado, etc.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Vehículo propio adaptado.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>B. Vehículo particular no adaptado.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>C. Transporte público (metro, guagua, taxi, motoconcho).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>D. Transporte especial (ambulancias).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>X. Otro tipo de transporte _____</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Especifique)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. Vehículo propio adaptado.....	1	2	B. Vehículo particular no adaptado.....	1	2	C. Transporte público (metro, guagua, taxi, motoconcho).....	1	2	D. Transporte especial (ambulancias).....	1	2	X. Otro tipo de transporte _____	1	2	(Especifique)																								
	SÍ	NO																																											
A. Vehículo propio adaptado.....	1	2																																											
B. Vehículo particular no adaptado.....	1	2																																											
C. Transporte público (metro, guagua, taxi, motoconcho).....	1	2																																											
D. Transporte especial (ambulancias).....	1	2																																											
X. Otro tipo de transporte _____	1	2																																											
(Especifique)																																													

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																																																									
914	<p>Cuando tiene que salir y movilizarse en la calle, ¿Tiene (usted o nombre) problemas...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. para acceder a estaciones o paradas?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. para llegar al vehículo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. para subir o bajar del vehículo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. para ocupar el asiento?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. para pagar (efectivo, tarjeta metro, etc)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. para orientarse (estaciones, semáforos, aeropuertos)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. para leer, interpretar o comprender las señales de tránsito?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. para quedarse en el lugar deseado?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. otro tipo de problema? _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. para acceder a estaciones o paradas?.....	1	2	B. para llegar al vehículo?.....	1	2	C. para subir o bajar del vehículo?.....	1	2	D. para ocupar el asiento?.....	1	2	E. para pagar (efectivo, tarjeta metro, etc)?.....	1	2	F. para orientarse (estaciones, semáforos, aeropuertos)?.....	1	2	G. para leer, interpretar o comprender las señales de tránsito?.....	1	2	H. para quedarse en el lugar deseado?.....	1	2	I. otro tipo de problema? _____ (Especifique)	1	2																												
	SÍ	NO																																																										
A. para acceder a estaciones o paradas?.....	1	2																																																										
B. para llegar al vehículo?.....	1	2																																																										
C. para subir o bajar del vehículo?.....	1	2																																																										
D. para ocupar el asiento?.....	1	2																																																										
E. para pagar (efectivo, tarjeta metro, etc)?.....	1	2																																																										
F. para orientarse (estaciones, semáforos, aeropuertos)?.....	1	2																																																										
G. para leer, interpretar o comprender las señales de tránsito?.....	1	2																																																										
H. para quedarse en el lugar deseado?.....	1	2																																																										
I. otro tipo de problema? _____ (Especifique)	1	2																																																										
SECCIÓN IX ATENCIÓN A LA SALUD Y CUIDADOS																																																												
915	<p>¿En general, cómo es la salud de (usted o nombre)...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>muy buena?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>buena?.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>regular?.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>mala?.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>muy mala?.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	muy buena?.....	1	buena?.....	2	regular?.....	3	mala?.....	4	muy mala?.....	5																																																
muy buena?.....	1																																																											
buena?.....	2																																																											
regular?.....	3																																																											
mala?.....	4																																																											
muy mala?.....	5																																																											
916	<p>¿Tiene (usted o nombre) algunas de las siguientes enfermedades o problemas de salud que sean crónicas, es decir, que sea un caso muy severo de la enfermedad?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A):</p> <p>LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Asma, bronquitis crónica o enfisema (incluye asma alérgica).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. Infarto al miocardio u otra enfermedad de corazón.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. Hipertensión arterial.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. Colesterol elevado.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. Accidente cerebro vascular.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. Artrosis, artritis o problema reumáticos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. Dolor de espalda, cervical o lumbar.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>H. Diabetes.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>I. Alergias (excepto asma alérgica).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>J. Úlcera de estómago.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>K. Cirrosis u otra enfermedad hepática.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>L. Cáncer.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>M. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza frecuentes.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>N. Incontinencia urinaria.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>O. Ansiedad crónica.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>P. Depresión crónica.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Q. Lesión permanente causada por un accidente.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>X. Otra _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. Asma, bronquitis crónica o enfisema (incluye asma alérgica).....	1	2	B. Infarto al miocardio u otra enfermedad de corazón.....	1	2	C. Hipertensión arterial.....	1	2	D. Colesterol elevado.....	1	2	E. Accidente cerebro vascular.....	1	2	F. Artrosis, artritis o problema reumáticos.....	1	2	G. Dolor de espalda, cervical o lumbar.....	1	2	H. Diabetes.....	1	2	I. Alergias (excepto asma alérgica).....	1	2	J. Úlcera de estómago.....	1	2	K. Cirrosis u otra enfermedad hepática.....	1	2	L. Cáncer.....	1	2	M. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza frecuentes.....	1	2	N. Incontinencia urinaria.....	1	2	O. Ansiedad crónica.....	1	2	P. Depresión crónica.....	1	2	Q. Lesión permanente causada por un accidente.....	1	2	X. Otra _____ (Especifique)	1	2	
	SÍ	NO																																																										
A. Asma, bronquitis crónica o enfisema (incluye asma alérgica).....	1	2																																																										
B. Infarto al miocardio u otra enfermedad de corazón.....	1	2																																																										
C. Hipertensión arterial.....	1	2																																																										
D. Colesterol elevado.....	1	2																																																										
E. Accidente cerebro vascular.....	1	2																																																										
F. Artrosis, artritis o problema reumáticos.....	1	2																																																										
G. Dolor de espalda, cervical o lumbar.....	1	2																																																										
H. Diabetes.....	1	2																																																										
I. Alergias (excepto asma alérgica).....	1	2																																																										
J. Úlcera de estómago.....	1	2																																																										
K. Cirrosis u otra enfermedad hepática.....	1	2																																																										
L. Cáncer.....	1	2																																																										
M. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza frecuentes.....	1	2																																																										
N. Incontinencia urinaria.....	1	2																																																										
O. Ansiedad crónica.....	1	2																																																										
P. Depresión crónica.....	1	2																																																										
Q. Lesión permanente causada por un accidente.....	1	2																																																										
X. Otra _____ (Especifique)	1	2																																																										
917	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido (usted o nombre) algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 → 919</p>																																																										

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																								
918	<p>¿Dónde ocurrió el último accidente que tuvo (usted o nombre)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ENTREVISTADOR(A): LEÁLE LAS ALTERNATIVAS PAUSADAMENTE Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA DADA</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center; width: 5%;">SÍ</th> <th style="text-align: center; width: 5%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. En la casa, escalera, portal, etc.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B. En la calle o carretera y fue un accidente de tránsito.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C. En la calle, pero no fue un accidente de tránsito....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>D. En el trabajo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>E. En el lugar de estudio.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>F. En una zona recreativa o de ocio.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>G. En otro lugar _____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	A. En la casa, escalera, portal, etc.....	1	2	B. En la calle o carretera y fue un accidente de tránsito.....	1	2	C. En la calle, pero no fue un accidente de tránsito....	1	2	D. En el trabajo.....	1	2	E. En el lugar de estudio.....	1	2	F. En una zona recreativa o de ocio.....	1	2	G. En otro lugar _____ (Especifique)	1	2	
	SÍ	NO																									
A. En la casa, escalera, portal, etc.....	1	2																									
B. En la calle o carretera y fue un accidente de tránsito.....	1	2																									
C. En la calle, pero no fue un accidente de tránsito....	1	2																									
D. En el trabajo.....	1	2																									
E. En el lugar de estudio.....	1	2																									
F. En una zona recreativa o de ocio.....	1	2																									
G. En otro lugar _____ (Especifique)	1	2																									
919	<p>ENTREVISTADOR(A): ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE LA PERSONA QUE DIÓ LA INFORMACIÓN.</p> <p style="margin-left: 40px;">La misma persona con discapacidad..... 01</p> <p style="margin-left: 40px;">La madre o tutora..... 02</p> <p style="margin-left: 40px;">El padre o tutor..... 03</p> <p style="margin-left: 40px;">El cónyuge..... 04</p> <p style="margin-left: 40px;">Un hijo o hija..... 05</p> <p style="margin-left: 40px;">Un hermano o hermana..... 06</p> <p style="margin-left: 40px;">Un sobrino o sobrina..... 07</p> <p style="margin-left: 40px;">Un tío o tía..... 08</p> <p style="margin-left: 40px;">Otro familiar..... 09</p> <p style="margin-left: 40px;">Una persona no pariente..... 10</p> <p style="margin-left: 40px;">Un enfermero o enfermera..... 11</p>																										