







N° de Línea

Nombre de Pila

**2. Módulo Educación**

**P5. ¿Sabe ud. leer y escribir? (Para mayores de 7 años) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P6. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?**

*Si código es 1, 2, 3 o 4, pasar a pregunta P9*

Muestre tarjeta 1

Código

**P7. ¿Completó el nivel anteriormente declarado? (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P8. En ese nivel educacional, ¿cuál es el último curso que aprobó? (Si la persona está cursando el primer curso, marque 0) (Marque sólo una X)**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 8                        | 88                       |                          | 99                       |                          |                          |
| No sabe                  |                          |                          | No responde              |                          |                          |                          |

**P9. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional? (Si respuesta es Sí, No sabe o No responde, pasar a P11) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P10. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste a ningún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?**

**A. Para personas entre 0 y 6 años.**

Muestre tarjeta 2      Código

**B. Para personas de 7 años o más.**

Muestre tarjeta 3      Código

**3. Módulo Trabajo  
Sólo para personas de 15 años y más**

**P11. ¿Cuál de estas alternativas describe mejor su condición laboral actual? (Si responde 4, 5, 6, 7 u 8 pasar a pregunta P17) (Marque sólo una X)**

1. Trabajando por ingreso .....   
 2. Tiene empleo, pero no está trabajando .....   
 3. Trabajando para un familiar sin pago .....   
 4. Estudiando .....   
 5. Sin trabajo, pero buscando .....   
 6. En quehaceres del hogar .....   
 7. Jubilado, pensionado o rentista .....   
 8. Otra situación .....

**P12. En este trabajo ud. es: (Marque sólo una X)**

1. Trabajador/a asalariado .....   
 2. Trabajador/a de servicio doméstico .....   
 3. Empleador/a, empresario/a o patrón .....   
 4. Trabajador/a por cuenta propia o independiente .....   
 5. Familiar no remunerado .....

**P13. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

.....  
 .....  
 .....  
*(Utilizar al menos tres palabras para describir la ocupación) (Ejemplo: Conductor de camiones pesados, Peón agropecuario, Aseadores de oficina)*

**P14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?**

.....  
 .....  
 .....  
*(Utilizar al menos tres palabras para describir la actividad) (Ejemplo: Cultivo de hortalizas, Extracción de minerales, Enseñanza básica)*

**P15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)? (Si responde 2, 3 o 4, pasar a P17) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún Sistema Previsional (Sistema de Pensiones)?**

Muestre tarjeta 4

Código

**4. Módulo Salud**

**P17. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes? (Marque sólo una X para cada condición)**

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dificultad física y/o de movilidad                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mudez o dificultad en el habla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**P18. ¿A qué Sistema Previsional de salud pertenece usted?**

Muestre tarjeta 5

Código

**P19. ¿Cuántas atenciones recibió usted en los últimos 3 meses? En:**

- |                                   | N°                       |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| e. Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P20. ¿En qué establecimiento recibió la última atención? (Responder cuando el número de atenciones en P19 sea 1 o más)**

Muestre tarjeta 6

Código

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| e. Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P21. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por? (Anotar sólo una)**

Código

Muestre tarjeta 7



N° de Línea

Nombre de Pila

**2. Módulo Educación**

**P5. ¿Sabe ud. leer y escribir? (Para mayores de 7 años) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P6. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?**

*Si código es 1, 2, 3 o 4, pasar a pregunta P9*

Muestre tarjeta 1

Código

**P7. ¿Completó el nivel anteriormente declarado? (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P8. En ese nivel educacional, ¿cuál es el último curso que aprobó? (Si la persona está cursando el primer curso, marque 0) (Marque sólo una X)**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 8                        | 88                       |                          | 99                       |                          |                          |
|                          |                          | No sabe                  |                          |                          | No responde              |                          |

**P9. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional? (Si respuesta es Sí, No sabe o No responde, pasar a P11) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P10. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste a ningún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?**

**A. Para personas entre 0 y 6 años.**

Muestre tarjeta 2      Código

**B. Para personas de 7 años o más.**

Muestre tarjeta 3      Código

**3. Módulo Trabajo  
Sólo para personas de 15 años y más**

**P11. ¿Cuál de estas alternativas describe mejor su condición laboral actual? (Si responde 4, 5, 6, 7 u 8 pasar a pregunta P17) (Marque sólo una X)**

1. Trabajando por ingreso .....   
 2. Tiene empleo, pero no está trabajando .....   
 3. Trabajando para un familiar sin pago .....   
 4. Estudiando .....   
 5. Sin trabajo, pero buscando .....   
 6. En quehaceres del hogar .....   
 7. Jubilado, pensionado o rentista .....   
 8. Otra situación .....

**P12. En este trabajo ud. es: (Marque sólo una X)**

1. Trabajador/a asalariado .....   
 2. Trabajador/a de servicio doméstico .....   
 3. Empleador/a, empresario/a o patrón .....   
 4. Trabajador/a por cuenta propia o independiente .....   
 5. Familiar no remunerado .....

**P13. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la ocupación) (Ejemplo: Conductor de camiones pesados, Peón agropecuario, Aseadores de oficina)*

**P14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la actividad) (Ejemplo: Cultivo de hortalizas, Extracción de minerales, Enseñanza básica)*

**P15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)? (Si responde 2, 3 o 4, pasar a P17) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún Sistema Previsional (Sistema de Pensiones)?**

Muestre tarjeta 4

Código

**4. Módulo Salud**

**P17. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes? (Marque sólo una X para cada condición)**

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dificultad física y/o de movilidad                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mudez o dificultad en el habla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**P18. ¿A qué Sistema Previsional de salud pertenece usted?**

Muestre tarjeta 5

Código

**P19. ¿Cuántas atenciones recibió usted en los últimos 3 meses? En:**

- |                                   | N°                       |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| e. Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P20. ¿En qué establecimiento recibió la última atención? (Responder cuando el número de atenciones en P19 sea 1 o más)**

Muestre tarjeta 6

Código

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| e. Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P21. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por? (Anotar sólo una)**

Código

Muestre tarjeta 7



N° de Línea

Nombre de Pila

**2. Módulo Educación**

**P5. ¿Sabe ud. leer y escribir? (Para mayores de 7 años) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P6. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?**

*Si código es 1, 2, 3 o 4, pasar a pregunta P9*

Muestre tarjeta 1

Código

**P7. ¿Completó el nivel anteriormente declarado? (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P8. En ese nivel educacional, ¿cuál es el último curso que aprobó? (Si la persona está cursando el primer curso, marque 0) (Marque sólo una X)**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 8                        | 88                       |                          | 99                       |                          |                          |
|                          |                          | No sabe                  |                          |                          | No responde              |                          |

**P9. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional? (Si respuesta es Sí, No sabe o No responde, pasar a P11) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P10. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste a ningún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?**

**A. Para personas entre 0 y 6 años.**

Muestre tarjeta 2      Código

**B. Para personas de 7 años o más.**

Muestre tarjeta 3      Código

**3. Módulo Trabajo  
Sólo para personas de 15 años y más**

**P11. ¿Cuál de estas alternativas describe mejor su condición laboral actual? (Si responde 4, 5, 6, 7 u 8 pasar a pregunta P17) (Marque sólo una X)**

1. Trabajando por ingreso .....   
 2. Tiene empleo, pero no está trabajando. ....   
 3. Trabajando para un familiar sin pago .....   
 4. Estudiando .....   
 5. Sin trabajo, pero buscando .....   
 6. En quehaceres del hogar .....   
 7. Jubilado, pensionado o rentista .....   
 8. Otra situación .....

**P12. En este trabajo ud. es: (Marque sólo una X)**

1. Trabajador/a asalariado .....   
 2. Trabajador/a de servicio doméstico .....   
 3. Empleador/a, empresario/a o patrón .....   
 4. Trabajador/a por cuenta propia o independiente .....   
 5. Familiar no remunerado .....

**P13. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

.....  
 .....  
 .....  
*(Utilizar al menos tres palabras para describir la ocupación) (Ejemplo: Conductor de camiones pesados, Peón agropecuario, Aseadores de oficina)*

**P14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?**

.....  
 .....  
 .....  
*(Utilizar al menos tres palabras para describir la actividad) (Ejemplo: Cultivo de hortalizas, Extracción de minerales, Enseñanza básica)*

**P15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)? (Si responde 2, 3 o 4, pasar a P17) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún Sistema Previsional (Sistema de Pensiones)?**

Muestre tarjeta 4

Código

**4. Módulo Salud**

**P17. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes? (Marque sólo una X para cada condición)**

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>a.</b> Dificultad física y/o de movilidad                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Mudez o dificultad en el habla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**P18. ¿A qué Sistema Previsional de salud pertenece usted?**

Muestre tarjeta 5

Código

**P19. ¿Cuántas atenciones recibió usted en los últimos 3 meses? En:**

- |  | N°                       |
|--|--------------------------|
| <b>a.</b> Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P20. ¿En qué establecimiento recibió la última atención? (Responder cuando el número de atenciones en P19 sea 1 o más)**

Muestre tarjeta 6

Código

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>a.</b> Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P21. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por? (Anotar sólo una)**

Código

Muestre tarjeta 7





N° de Línea

Nombre de Pila

**2. Módulo Educación**

**P5. ¿Sabe ud. leer y escribir? (Para mayores de 7 años) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P6. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?**

*Si código es 1, 2, 3 o 4, pasar a pregunta P9*

Muestre tarjeta 1

Código

**P7. ¿Completó el nivel anteriormente declarado? (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P8. En ese nivel educacional, ¿cuál es el último curso que aprobó? (Si la persona está cursando el primer curso, marque 0) (Marque sólo una X)**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 8                        | 88                       |                          | 99                       |                          |                          |
| No sabe                  |                          |                          | No responde              |                          |                          |                          |

**P9. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional? (Si respuesta es Sí, No sabe o No responde, pasar a P11) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P10. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste a ningún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?**

**A. Para personas entre 0 y 6 años.**

Muestre tarjeta 2      Código

**B. Para personas de 7 años o más.**

Muestre tarjeta 3      Código

**3. Módulo Trabajo  
Sólo para personas de 15 años y más**

**P11. ¿Cuál de estas alternativas describe mejor su condición laboral actual? (Si responde 4, 5, 6, 7 u 8 pasar a pregunta P17) (Marque sólo una X)**

1. Trabajando por ingreso .....   
 2. Tiene empleo, pero no está trabajando .....   
 3. Trabajando para un familiar sin pago .....   
 4. Estudiando .....   
 5. Sin trabajo, pero buscando .....   
 6. En quehaceres del hogar .....   
 7. Jubilado, pensionado o rentista .....   
 8. Otra situación .....

**P12. En este trabajo ud. es: (Marque sólo una X)**

1. Trabajador/a asalariado .....   
 2. Trabajador/a de servicio doméstico .....   
 3. Empleador/a, empresario/a o patrón .....   
 4. Trabajador/a por cuenta propia o independiente .....   
 5. Familiar no remunerado .....

**P13. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la ocupación) (Ejemplo: Conductor de camiones pesados, Peón agropecuario, Aseadores de oficina)*

**P14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la actividad) (Ejemplo: Cultivo de hortalizas, Extracción de minerales, Enseñanza básica)*

**P15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)? (Si responde 2, 3 o 4, pasar a P17) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún Sistema Previsional (Sistema de Pensiones)?**

Muestre tarjeta 4

Código

**4. Módulo Salud**

**P17. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes? (Marque sólo una X para cada condición)**

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>a.</b> Dificultad física y/o de movilidad                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Mudez o dificultad en el habla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**P18. ¿A qué Sistema Previsional de salud pertenece usted?**

Muestre tarjeta 5

Código

**P19. ¿Cuántas atenciones recibió usted en los últimos 3 meses? En:**

- |  | N°                       |
|--|--------------------------|
| <b>a.</b> Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P20. ¿En qué establecimiento recibió la última atención? (Responder cuando el número de atenciones en P19 sea 1 o más)**

Muestre tarjeta 6

Código

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>a.</b> Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P21. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por? (Anotar sólo una)**

Código

Muestre tarjeta 7



N° de Línea

Nombre de Pila

**2. Módulo Educación**

**P5. ¿Sabe ud. leer y escribir? (Para mayores de 7 años) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P6. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?**

*Si código es 1, 2, 3 o 4, pasar a pregunta P9*

Muestre tarjeta 1

Código

**P7. ¿Completó el nivel anteriormente declarado? (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P8. En ese nivel educacional, ¿cuál es el último curso que aprobó? (Si la persona está cursando el primer curso, marque 0) (Marque sólo una X)**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 8                        | 88                       |                          | 99                       |                          |                          |
|                          |                          | No sabe                  | No responde              |                          |                          |                          |

**P9. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional? (Si respuesta es Sí, No sabe o No responde, pasar a P11) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P10. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste a ningún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?**

**A. Para personas entre 0 y 6 años.**

Muestre tarjeta 2      Código

**B. Para personas de 7 años o más.**

Muestre tarjeta 3      Código

**3. Módulo Trabajo  
Sólo para personas de 15 años y más**

**P11. ¿Cuál de estas alternativas describe mejor su condición laboral actual? (Si responde 4, 5, 6, 7 u 8 pasar a pregunta P17) (Marque sólo una X)**

1. Trabajando por ingreso .....   
 2. Tiene empleo, pero no está trabajando. ....   
 3. Trabajando para un familiar sin pago .....   
 4. Estudiando .....   
 5. Sin trabajo, pero buscando .....   
 6. En quehaceres del hogar .....   
 7. Jubilado, pensionado o rentista .....   
 8. Otra situación .....

**P12. En este trabajo ud. es: (Marque sólo una X)**

1. Trabajador/a asalariado .....   
 2. Trabajador/a de servicio doméstico .....   
 3. Empleador/a, empresario/a o patrón .....   
 4. Trabajador/a por cuenta propia o independiente .....   
 5. Familiar no remunerado .....

**P13. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la ocupación) (Ejemplo: Conductor de camiones pesados, Peón agropecuario, Aseadores de oficina)*

**P14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la actividad) (Ejemplo: Cultivo de hortalizas, Extracción de minerales, Enseñanza básica)*

**P15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)? (Si responde 2, 3 o 4, pasar a P17) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún Sistema Previsional (Sistema de Pensiones)?**

Muestre tarjeta 4

Código

**4. Módulo Salud**

**P17. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes? (Marque sólo una X para cada condición)**

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>a.</b> Dificultad física y/o de movilidad                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Mudez o dificultad en el habla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**P18. ¿A qué Sistema Previsional de salud pertenece usted?**

Muestre tarjeta 5

Código

**P19. ¿Cuántas atenciones recibió usted en los últimos 3 meses? En:**

- |  | N°                       |
|--|--------------------------|
| <b>a.</b> Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P20. ¿En qué establecimiento recibió la última atención? (Responder cuando el número de atenciones en P19 sea 1 o más)**

Muestre tarjeta 6

Código

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>a.</b> Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| <b>c.</b> Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>d.</b> Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| <b>e.</b> Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P21. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por? (Anotar sólo una)**

Código

Muestre tarjeta 7



N° de Línea

Nombre de Pila

2. Módulo Educación

**P5. ¿Sabe ud. leer y escribir? (Para mayores de 7 años) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P6. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?**

*Si código es 1, 2, 3 o 4, pasar a pregunta P9*

Muestre tarjeta 1

Código

**P7. ¿Completó el nivel anteriormente declarado? (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P8. En ese nivel educacional, ¿cuál es el último curso que aprobó? (Si la persona está cursando el primer curso, marque 0) (Marque sólo una X)**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                        | 8                        | 88                       |                          | 99                       |                          |                          |
|                          |                          | No sabe                  |                          |                          | No responde              |                          |

**P9. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional? (Si respuesta es Sí, No sabe o No responde, pasar a P11) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P10. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste a ningún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?**

**A. Para personas entre 0 y 6 años.**

Muestre tarjeta 2      Código

**B. Para personas de 7 años o más.**

Muestre tarjeta 3      Código

3. Módulo Trabajo  
Sólo para personas de 15 años y más

**P11. ¿Cuál de estas alternativas describe mejor su condición laboral actual? (Si responde 4, 5, 6, 7 u 8 pasar a pregunta P17) (Marque sólo una X)**

1. Trabajando por ingreso .....   
 2. Tiene empleo, pero no está trabajando. ....   
 3. Trabajando para un familiar sin pago .....   
 4. Estudiando .....   
 5. Sin trabajo, pero buscando .....   
 6. En quehaceres del hogar .....   
 7. Jubilado, pensionado o rentista .....   
 8. Otra situación .....

**P12. En este trabajo ud. es: (Marque sólo una X)**

1. Trabajador/a asalariado .....   
 2. Trabajador/a de servicio doméstico .....   
 3. Empleador/a, empresario/a o patrón .....   
 4. Trabajador/a por cuenta propia o independiente .....   
 5. Familiar no remunerado .....

**P13. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la ocupación) (Ejemplo: Conductor de camiones pesados, Peón agropecuario, Aseadores de oficina)*

**P14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?**

.....  
 .....

*(Utilizar al menos tres palabras para describir la actividad) (Ejemplo: Cultivo de hortalizas, Extracción de minerales, Enseñanza básica)*

**P15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)? (Si responde 2, 3 o 4, pasar a P17) (Marque sólo una X)**

1. Sí.....       2. No.....   
 3. No sabe.....       4. No responde .....

**P16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún Sistema Previsional (Sistema de Pensiones)?**

Muestre tarjeta 4

Código

4. Módulo Salud

**P17. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes? (Marque sólo una X para cada condición)**

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dificultad física y/o de movilidad                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mudez o dificultad en el habla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**P18. ¿A qué Sistema Previsional de salud pertenece usted?**

Muestre tarjeta 5

Código

**P19. ¿Cuántas atenciones recibió usted en los últimos 3 meses? En:**

- |                                   | N°                       |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| e. Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

**P20. ¿En qué establecimiento recibió la última atención? (Responder cuando el número de atenciones en P19 sea 1 o más)**

Muestre tarjeta 6

Código

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Medicina general .....         | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta de urgencia .....     | <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta de salud mental ..... | <input type="checkbox"/> |
| d. Consulta de especialidad ..... | <input type="checkbox"/> |
| e. Consulta dental .....          | <input type="checkbox"/> |

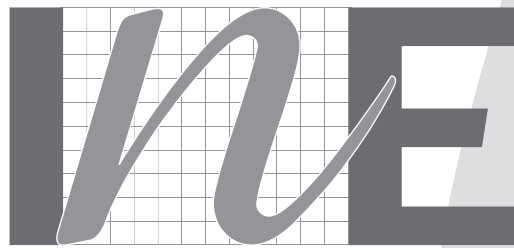
**P21. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento médico por? (Anotar sólo una)**

Código

Muestre tarjeta 7







Instituto Nacional de Estadísticas • Chile