

ENCUESTA VIVIENDA.

1. Con respecto a la vivienda es: <input type="checkbox"/>	1. Propietario de la vivienda 2. Inquilino o arrendatario de la vivienda 3. Ocupante con relación de dependencia 4. Ocupante gratuito 5. Ocupante sin permiso del propietario
2. Zona en la que se encuentra: <input type="checkbox"/>	1. Urbana 2. Rural
3. ¿Cuántas habitaciones son utilizadas para dormir? <input type="checkbox"/>	
4. ¿La vivienda tiene baño? <input type="checkbox"/>	1. SI, con cisterna 2. SI, sin cisterna 3. NO (pase a la pregunta 6)
5. La evacuación del baño se realiza a: <input type="checkbox"/>	1. Red general 2. Fosa séptica, pozo negro 3. Entubado hacia el arroyo 4. Otro (superficie, etc.)
6. El material predominante del techo es: <input type="checkbox"/>	1. Planchada de hormigón con protección (tejas u otros) 2. Planchada de hormigón sin protección 3. Liviano con cielorraso 4. Liviano sin cielorraso 5. Quincha 6. Materiales de desecho.
7. El material predominante del piso es: <input type="checkbox"/>	1. Cerámica, parquet, moquete, linóleo 2. Baldosas calcáreas 3. Alisado de hormigón 4. Sólo contrapiso sin piso 5. Tierra sin piso ni contrapiso

RIQUEZA**ESTE HOGAR CUENTA CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE CONFORT, EN FUNCIONAMIENTO:**

Marque con una cruz las respuestas afirmativas.

CALEFON O TERMOFON

VIDEO O REPRODUCTOR DVD

TV POR CABLE O CONEXIÓN TV PARA ABONADOS

LAVARROPAS

HORNO MICROONDAS

COMPUTADORA (INCLUYE PORTATIL)

COMPUTADORA PLAN CEIBAL

AUTOMOVIL O CAMIONETA DE USO EXCLUSIVO PARA EL HOGAR

TELÉFONO PROPIO

CELULAR

LAVAVAJILLAS

REFRIGERADOR

OBSERVACIONES.

VIVIENDA Y HABITAT.

¿En este hogar hay niños que comparten la cama con adultos (colego)?	<input type="checkbox"/> 1. Si, 2. No 98. No corresponde
¿La vivienda tiene alguno de los siguientes problemas...? Marque con una cruz las respuestas afirmativas. Humedades Goteras en los techos Se inunda cuando llueve Se filtra agua o viento en la vivienda Peligro de derrumbe Grietas en los pisos Desniveles en los pisos (interior/externo) Escasa ventilación La conexión eléctrica está expuesta (sin recubrir)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿El estado de conservación de la vivienda es...? 1. Buena 2. Necesita reparaciones pequeñas 3. Necesita reparaciones importantes. 4. Vivienda ruinosa. 5. Vivienda de material de desecho (situación de emergencia habitacional)	<input type="checkbox"/>
¿ Dentro el predio de su vivienda tiene acceso a Agua corriente (OSE)? ¿ Dentro el predio de su vivienda tiene acceso a Red eléctrica (UTE)? ¿ Dentro el predio de su vivienda tiene acceso a Saneamiento?	<input type="checkbox"/> 1. Sí, regularizado 2. Sí, no regularizado 3. No <input type="checkbox"/> 1. Sí, regularizado 2. Sí, no regularizado 3. No <input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO
¿Hay acumulación de residuos en la cuadra donde se ubica la vivienda (basurales)? ¿Hay aguas contaminadas en la cuadra donde se ubica la vivienda (Servidas o por acumulación de basura)?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO <input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO

ALIMENTACIÓN

¿ Algún integrante del hogar concurre a algún COMEDOR o MERENDERO gratuito en el último mes?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO
¿ Algún integrante del hogar recibe algún tipo de CANASTA de alimentos?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO

Sí respondió SI, identifique cuál/es:

Marque con una cruz las respuestas afirmativas.

Bajo Peso (riesgo nutricional)	<input type="checkbox"/>
Plomo	<input type="checkbox"/>
Diabéticos y/o renales	<input type="checkbox"/>
Celíacos	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Oncológicos	<input type="checkbox"/>
SIDA (VIH)	<input type="checkbox"/>
Escolar contexto Crítico	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

En los últimos 30 días ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos por falta de dinero?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO
En los últimos 30 días ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO
En los últimos 30 días ¿Alguna vez algún niño o joven de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO

VIOLENCIA DOMÉSTICA (NO PREGUNTAR DIRECTAMENTE)

Registre si en el transcurso de la entrevista identificó alguna situación de violencia doméstica en el hogar:

Marque con una cruz las respuestas afirmativas.

<input type="checkbox"/>	Contra una mujer
<input type="checkbox"/>	Contra un varón
<input type="checkbox"/>	Contra niños/ adolescentes
<input type="checkbox"/>	Contra un adulto mayor

OBSERVACIONES (NO OBLIGATORIO)

En caso de identificar una situación de extrema vulnerabilidad, donde corresponda la prestación de AFAM-Pe y/o TARJETA ALIMENTARIA, indíquelo:

¿Considera que este caso debe de ir a la oficina de derivación?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO
---	---------------------------------------

INDOCUMENTADOS

Cantidad de indocumentados.	<input type="text"/> (Indique cantidad)
-----------------------------	---

Observaciones de los indocumentados: (Registrar N^a de persona, Nombre y apellido completo, fecha de nacimiento, edad, sexo)

ENCUESTA PERSONA

Nº	Nombre	Edad:
____ ____	-----	____ ____

Sexo:	<input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer
¿Cree tener ascendencia...?	Marque con una cruz las respuestas afirmativas. 1. Afro o negra <input type="checkbox"/> 2. Asiática o amarilla <input type="checkbox"/> 3. Blanca <input type="checkbox"/> 4. Indígena <input type="checkbox"/> 5. Otra (especifique) _____
<i>(Solo para los que indican más de una ascendencia)</i> ¿Cuál considera la principal? declaradas?	Indique el número correspondiente a la pregunta anterior <input type="checkbox"/>
Rol:	<input type="checkbox"/> 1. Jefe de Hogar <input type="checkbox"/> 2. Integrante
Parentesco con el jefe del hogar:	<input type="checkbox"/> 1. Jefe/a <input type="checkbox"/> 2. Esposo/a <input type="checkbox"/> 3. Compañero/a <input type="checkbox"/> 4. Hijo de ambos <input type="checkbox"/> 5. Hijo sólo del jefe <input type="checkbox"/> 6. Hijo sólo del cónyuge <input type="checkbox"/> 7. Yerno o nuera <input type="checkbox"/> 8. Nieto/a <input type="checkbox"/> 9. Padres o suegros <input type="checkbox"/> 10. Otro pariente <input type="checkbox"/> 11. Servicio doméstico o familiar de éste <input type="checkbox"/> 12. No pariente

Embarazada:	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO Sí respondió SI, identifique: Fecha de parto ____ ____ ____ ____ ____ ____ DIA / MES / AÑO		
¿ Asiste o asistió a algún instituto de enseñanza formal?	<input type="checkbox"/> 1. Asiste. <input type="checkbox"/> 2. No asiste y nunca asistió (indicar en la siguiente pregunta código 1) <input type="checkbox"/> 3. Asistió alguna vez		
¿Cuál es el nivel más alto alcanzado?	<input type="checkbox"/> 1. Sin Instrucción. <input type="checkbox"/> 2. Preescolar. <input type="checkbox"/> 3. Primaria Incompleta. <input type="checkbox"/> 4. Primaria Completa. <input type="checkbox"/> 5. Ciclo básico Incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ciclo básico Completo <input type="checkbox"/> 7. Bachillerato Incompleto <input type="checkbox"/> 8. Bachillerato Completo <input type="checkbox"/> 9. Educación Técnica Incompleta <input type="checkbox"/> 10. Educación Técnica Completa (Si marco código 9 o 10 contestar la siguiente pregunta) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Requisitos para Enseñanza Técnica</td> <td> <input type="checkbox"/> 1. Primaria Completa <input type="checkbox"/> 2. Ciclo Básico Completo <input type="checkbox"/> 3. Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 4. Ninguna. </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 11. Educación Militar Incompleta <input type="checkbox"/> 12. Educación Militar Completa <input type="checkbox"/> 13. Educación Policial Incompleta <input type="checkbox"/> 14. Educación Policial Completa <input type="checkbox"/> 15. Tercera no universitaria Incompleta (IPA/Magisterio) <input type="checkbox"/> 16. Tercera no universitaria Completa (IPA/Magisterio) <input type="checkbox"/> 17. Universidad o similar Incompleta <input type="checkbox"/> 18. Universidad o similar Completa o más.	Requisitos para Enseñanza Técnica	<input type="checkbox"/> 1. Primaria Completa <input type="checkbox"/> 2. Ciclo Básico Completo <input type="checkbox"/> 3. Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 4. Ninguna.
Requisitos para Enseñanza Técnica	<input type="checkbox"/> 1. Primaria Completa <input type="checkbox"/> 2. Ciclo Básico Completo <input type="checkbox"/> 3. Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 4. Ninguna.		
¿ Cuántos años aprobó en ese nivel?	____ ____		

SITUACIÓN LABORAL (SOLO 14 AÑOS Y MÁS)	
¿Cuál es la situación laboral actual?	<input type="checkbox"/> 1. Empleado privado <input type="checkbox"/> 2. Empleado público <input type="checkbox"/> 3. Cooperativista <input type="checkbox"/> 4. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5. Patrón <input type="checkbox"/> 6. Trabajador no remunerado <input type="checkbox"/> 7. Desocupado <input type="checkbox"/> 8. Jubilado <input type="checkbox"/> 9. Pensionista. <input type="checkbox"/> 10. Quehaceres del Hogar. <input type="checkbox"/> 11. Rentista. <input type="checkbox"/> 12. Otro inactivo.

SITUACIÓN LABORAL (MAYORES DE 14 AÑOS)	
Ingresos totales por todas sus ocupaciones (SIN AFAM) en el último mes	Monto \$ _____
Ingresos AFAM	Monto \$ _____
Ingresos AFAM “otro organismo”	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones BPS	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones BPS por discapacidad	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones BPS por invalidez	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones BPS por Asistencia a la Vejez	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones de caja bancaria	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones de caja profesional	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones de caja notarial	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones de caja militar	Monto \$ _____
Ingresos jubilaciones y pensiones de caja policial	Monto \$ _____
Ingresos de Otros Beneficios (Rentas, pensiones alimenticias, transferencias)	Monto \$ _____
Ingresos por Tarjeta Alimenticia (TUS)	Monto \$ _____

OBSERVACIONES

DESVINCULACIÓN EDUCATIVA

Sólo para quienes NO finalizaron CICLO BÁSICO y tienen entre 14 y 29 años.

¿Cuál es la razón principal por la que no finalizó ciclo básico? (No leer).	<input type="checkbox"/> 1. Comenzó a trabajar o buscar trabajo.
	2. No tenía interés/ Le interesaba aprender otras cosas. 3. Quedó usted o su pareja embarazada. 4. Le resultaba difícil comprender los contenidos educativos 5. Le resultaba caro (económicamente) 6. Debió dedicarse a los quehaceres del hogar o cuidados de otras personas. 7. Tenía problemas vinculares en el Centro Educativo. 8. Otras razones.
Especificar:	

SALUD

Sólo para MENORES de 18 AÑOS.

¿Este menor toma algún tipo de medicación permanente?	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO
Si respondió SI, identifique para que afección:	
Si se identifica tipo de medicación, anote:	

Sólo para MENORES de 0 A 3 AÑOS.

¿Cuál fue la FECHA de la última CONSULTA MÉDICA?	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DIA / MES / AÑO
--	---

DISCAPACIDAD (Preguntar)

Indique el tipo de discapacidad:

Marque con una cruz las respuestas afirmativas.

<input type="checkbox"/>	No ve o no oye bien a pesar de utilizar lentes o audífonos
<input type="checkbox"/>	Tiene limitaciones para hablar
<input type="checkbox"/>	Tiene limitaciones para caminar o para utilizar brazos o manos
<input type="checkbox"/>	Tiene una deficiencia intelectual
<input type="checkbox"/>	Tiene una enfermedad psiquiátrica

¿Fue diagnosticada por algún profesional de la salud (médico, psicólogo, etc) por este tipo de deficiencia?	1. SI <input type="checkbox"/> - 2. NO <input type="checkbox"/>
---	---

