



## INTEGRACIÓN DEL HOGAR:

**COMENZAR POR EL ENTREVISTADO**

Nº	Tipo (*)	Cédula Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento			Consumo sustancia (**)	Discapacidad (**)	Parentesco (***)
							DÍA	MES	AÑO			
1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
2		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
3		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
4		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
5		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
6		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
7		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
8		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
9		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
10		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
11		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
12		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					
13		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _					

(\*) 1. DO:C.I.  
 2. Nacido Vivo  
 3. Prenatal  
 4. Menor de 12 años sin C.I.  
 5. Ingreso Ciudadano.

(\*\*) En caso de afirmativo, marque con una cruz

(\*\*\*) 1. Jefe/a  
 2. Esposo/a  
 3. Compañero/a  
 4. Hijo de ambos  
 5. Hijo solo del Jefe  
 6. Hijo sólo del cónyuge  
 7. Yerno o nuera  
 8. Nieto/a  
 9. Padres o suegros  
 10. Otro pariente  
 11. Servicio Doméstico o familiar de éste.  
 12. No pariente.

## ENCUESTA VIVIENDA.

<b>1. Con respecto a la vivienda es:</b>  <input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Propietario de la vivienda</li><li>2. Inquilino o arrendatario de la vivienda</li><li>3. Ocupante con relación de dependencia</li><li>4. Ocupante gratuito</li><li>5. Ocupante sin permiso del propietario</li></ol>
<b>2. Zona en la que se encuentra:</b>  <input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Urbana</li><li>2. Rural</li></ol>
<b>3. ¿Cuántas habitaciones son utilizadas para dormir?</b>  <input type="checkbox"/>	
<b>4. ¿La vivienda tiene baño?</b>  <input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. SI, con cisterna</li><li>2. SI, sin cisterna</li><li>3. NO (<i>pase a la pregunta 6</i>)</li></ol>
<b>5. La evacuación del baño se realiza a:</b>  <input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Red general</li><li>2. Fosa séptica, pozo negro</li><li>3. Entubado hacia el arroyo</li><li>4. Otro (superficie, etc.)</li></ol>
<b>6. El material predominante del techo es:</b>  <input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Planchada de hormigón con protección (tejas u otros)</li><li>2. Planchada de hormigón sin protección</li><li>3. Liviano con cielorraso</li><li>4. Liviano sin cielorraso</li><li>5. Quincha</li><li>6. Materiales de desecho.</li></ol>
<b>7. El material predominante del piso es:</b>  <input type="checkbox"/>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cerámica, parquet, moquete, linóleo</li><li>2. Baldosas calcáreas</li><li>3. Alisado de hormigón</li><li>4. Sólo contrapiso sin piso</li><li>5. Tierra sin piso ni contrapiso</li></ol>

## 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 (colecho)?	<input type="checkbox"/> 1. Si, 2. No 98. No corresponde
<b>¿La vivienda tiene alguno de los siguientes problemas...?</b> <b>Marque con una cruz las respuestas afirmativas.</b>  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"/>
<b>¿El estado de conservación de la vivienda es...?</b> 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"/>
<b>¿ Dentro el predio de su vivienda tiene acceso a Agua corriente (OSE)?</b>  <b>¿ Dentro el predio de su vivienda tiene acceso a Red eléctrica (UTE)?</b>  <b>¿ Dentro el predio de su vivienda tiene acceso a Saneamiento?</b>	<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
<b>¿Hay acumulación de residuos en la cuadra donde se ubica la vivienda (basurales)?</b>  <b>¿Hay aguas contaminadas en la cuadra donde se ubica la vivienda (Servidas o por acumulación de basura)?</b>	<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<sup>a</sup> de persona, Nombre y apellido completo, fecha de nacimiento, edad, sexo)

# ENCUESTA PERSONA

<b>Nº</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad:</b>
_ _	-----	_ _

<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer
<b>¿Cree tener ascendencia...?</b>	<b>Marque con una cruz las respuestas afirmativas.</b> 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> <b>¿Cuál considera la principal? declaradas?</b>	<b>Indique el número correspondiente a la pregunta anterior</b> <input type="checkbox"/>
<b>Rol:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Jefe de Hogar <input type="checkbox"/> 2. Integrante
<b>Parentesco con el jefe del hogar:</b>	<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

<b>Embarazada:</b>	<input type="checkbox"/> 1. SI- 2. NO <b>Sí respondió SI, identifique:</b>  <div style="text-align: right;"> <b>Fecha de parto</b>  _ _ - _ _ - _ _             DIA / MES / AÑO         </div>
--------------------	--

<b>¿ Asiste o asistió a algún instituto de enseñanza formal?</b>	<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
--	--

<b>¿Cuál es el nivel más alto alcanzado?</b>	<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  <b>(Si marco código 9 o 10 contestar la siguiente pregunta)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Requisitos para Enseñanza Técnica</b></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. Terceria no universitaria Incompleta ( IPA/Magisterio) <input type="checkbox"/> 16. Terceria no universitaria Completa ( IPA/Magisterio) <input type="checkbox"/> 17. Universidad o similar Incompleta <input type="checkbox"/> 18. Universidad o similar Completa o más.	<b>Requisitos para Enseñanza Técnica</b>	<input type="checkbox"/> 1. Primaria Completa <input type="checkbox"/> 2. Ciclo Básico Completo <input type="checkbox"/> 3. Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 4. Ninguna.
<b>Requisitos para Enseñanza Técnica</b>	<input type="checkbox"/> 1. Primaria Completa <input type="checkbox"/> 2. Ciclo Básico Completo <input type="checkbox"/> 3. Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 4. Ninguna.		

<b>¿ Cuántos años aprobó en ese nivel?</b>	_ _
--	-----

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 - 2. NO



