



COMITE ESTATAL DE ESTADISTICAS

CENSO DE POBLACION Y VIVIENDAS

1 9 8 1

CUESTIONARIO No.

SEMINARIO

REPUBLICA DE CUBA

LA INFORMACION SOLICITADA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL
DECRETO No. 30 DEL 12 DE OCTUBRE DE 1978

HOJA No.

VIVIENDA No.

SECCION I. LOCALIZACION GEOGRAFICA DE LA VIVIENDA

PROVINCIA:		MUNICIPIO:		
LUGAR HABITADO:		Parte Urbana <input type="checkbox"/>	DISTRITO:	SEGMENTO:
		Parte Rural <input type="checkbox"/>		MANZANA:
DIRECCION DE LA VIVIENDA				
CALLE O AVENIDA:		CARRETERA, CAMINO, Km:		
NUMERO:	APARTAMENTO:	PISO:		
ENTRE CALLES:		NOMBRE DE LA FINCA O SITIO:		

PARA USO DE LA OFICINA NACIONAL

VIVIENDA No.	NUCLEO No.	CT	PERSONAS EN ESTE NUCLEO	NUCLEOS EN ESTA VIVIENDA	PERSONAS EN ESTA VIVIENDA	MANZANA	LUGAR HABITADO	DIGITO
		2/3						

SECCION II. DATOS DE LA VIVIENDA COLECTIVA O LOCAL DE TRABAJO

Vivienda Colectiva <input type="checkbox"/> 1 Local de Trabajo <input type="checkbox"/> 2	TIPO DE VIVIENDA COLECTIVA O LOCAL DE TRABAJO	(PASE A LLENAR LAS PREGUNTAS DE POBLACION)
--	---	--

SECCION III. DATOS DE LA VIVIENDA PARTICULAR

1—TIPO DE VIVIENDA Casa <input type="checkbox"/> 1 Apartamento <input type="checkbox"/> 2 Habitación en cuartería o casa de vecindad <input type="checkbox"/> 3 Bohío <input type="checkbox"/> 4 Improvisada <input type="checkbox"/> 5 Otra (Si marca esta casilla pasar a la Sección IV) <input type="checkbox"/> 6	5—DESTINO ORIGINAL Construida para vivienda <input type="checkbox"/> 1 Adaptada para vivienda <input type="checkbox"/> 2	10—SERVICIO SANITARIO A) TIENE Inodoro de agua <input type="checkbox"/> 1 Latrina Sanitaria <input type="checkbox"/> 2 Excusado o pozo negro <input type="checkbox"/> 3 NO TIENE (pase a pregunta 11) <input type="checkbox"/> 4 B) USO Exclusivo de esta vivienda <input type="checkbox"/> 1 Común a varias viviendas <input type="checkbox"/> 2 C) UBICACION Dentro de la vivienda <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la vivienda <input type="checkbox"/> 2
2—SITUACION DE LA VIVIENDA Ocupada por: Residentes permanentes <input type="checkbox"/> 1 Residentes temporales <input type="checkbox"/> 2 Temporada <input type="checkbox"/> 3 Cerrada (ocupantes ausentes) <input type="checkbox"/> 4 Desocupada <input type="checkbox"/> 5	6—PERIODO DE CONSTRUCCION (Sólo para casas y apartamentos) Antes de 1920 <input type="checkbox"/> 1 De 1920 a 1933 <input type="checkbox"/> 2 De 1934 a 1945 <input type="checkbox"/> 3 De 1946 a 1958 <input type="checkbox"/> 4 De 1959 a 1970 <input type="checkbox"/> 5 De 1971 a 1975 <input type="checkbox"/> 6 De 1976 a 1981 <input type="checkbox"/> 7 No sabe <input type="checkbox"/> 8	11—BAÑO CON DUCHA (con agua corriente y desagüe) TIENE Uso exclusivo de esta vivienda .. <input type="checkbox"/> 1 Uso común a varias viviendas .. <input type="checkbox"/> 2 NO TIENE <input type="checkbox"/> 3
3—MATERIALES PREDOMINANTES A) EN EL TECHO Placa o Losa <input type="checkbox"/> 1 Teja <input type="checkbox"/> 2 Plancha de Fibrocemento, Metálica, etc. <input type="checkbox"/> 3 Madera y papel embreado <input type="checkbox"/> 4 Guano <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6 B) EN LAS PAREDES EXTERIORES Hormigón, mampostería <input type="checkbox"/> 1 Madera <input type="checkbox"/> 2 Yagua o Tabla de palma <input type="checkbox"/> 3 Adobe o embarre <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 5 C) EN EL PISO Losa, granito, mosaico, etc. <input type="checkbox"/> 1 Cemento <input type="checkbox"/> 2 Madera <input type="checkbox"/> 3 Tierra <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 5	7—PIEZAS DE LA VIVIENDA A) ¿Cuántas piezas hay en esta vivienda? (No incluye pasillos, portal abierto, etc.) Cantidad de piezas _____ B) De las piezas declaradas ¿cuántas utiliza habitualmente para dormir? Cantidad de piezas _____	12—FUENTE DE ENERGIA QUE UTILIZA PARA EL ALUMBRADO Empresa eléctrica <input type="checkbox"/> 1 Planta propia <input type="checkbox"/> 2 Planta industrial <input type="checkbox"/> 3 Luz brillante (kerosene) <input type="checkbox"/> 4 Otra <input type="checkbox"/> 5
4—AFECTACION EN LA ESTRUCTURA A) ¿Existen filtraciones en el techo o entepiso? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 B) ¿Está apuntalada interior o exteriormente? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	8—LOCAL PARA COCINAR TIENE Exclusivo de esta vivienda <input type="checkbox"/> 1 Común a varias viviendas <input type="checkbox"/> 2 NO TIENE <input type="checkbox"/> 3	13—ENERGIA O COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR Electricidad <input type="checkbox"/> 1 Gas manufacturado (por tubería) <input type="checkbox"/> 2 Gas licuado (de balón) <input type="checkbox"/> 3 Luz brillante (kerosene) <input type="checkbox"/> 4 Alcohol <input type="checkbox"/> 5 Leña, carbón de leña u otro <input type="checkbox"/> 6 Ninguno <input type="checkbox"/> 7
	9—SUMINISTRO DE AGUA A) MEDIO DE SUMINISTRO Conducida por tubería La llave, grifo o pluma de agua está: Dentro de la vivienda <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la vivienda <input type="checkbox"/> 2 Conducida por otro medio <input type="checkbox"/> 3 B) FUENTE DE SUMINISTRO Acueducto (Agua corriente por tubería) <input type="checkbox"/> 1 Pozo o aljibe <input type="checkbox"/> 2 Río o manantial <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 4	14—EQUIPOS DOMESTICOS Radio <input type="checkbox"/> 1 Televisor <input type="checkbox"/> 2 Refrigerador <input type="checkbox"/> 3 Máquina de coser <input type="checkbox"/> 4 Lavadora <input type="checkbox"/> 5 Ventilador <input type="checkbox"/> 6 Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 7

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ENUMERADOR	FECHA DE LA ENTREVISTA		REVISION PRIMARIA		RESUMEN DEL NUCLEO			CANTIDAD DE NUCLEOS EN ESTA VIVIENDA
	DIA	MES	Supervisor	OFIC. AREA	NUCLEO No.	CANTIDAD DE PERSONAS EN ESTE NUCLEO		
						TOTAL	VARONES	HEMBRAS

1	NOMBRE(S) Y DOS APELLIDOS. ANOTE EL DE TODOS LOS RESIDENTES, MIEMBROS DEL MISMO NUCLEO. LLENE PRIMERO ESTA PREGUNTA PARA TODAS LAS PERSONAS DE ESTE NUCLEO.	NOMBRES: 01	NOMBRES: 02
		APELLIDOS:	APELLIDOS:
2	¿QUE PARENTESCO O RELACION DE CONVIVENCIA TIENE CON EL JEFE DE NUCLEO? A PARTIR DE ESTA PREGUNTA SE REALIZARAN TODAS EN ORDEN NUMERICO PARA CADA PERSONA, SEGUN SU EDAD, COMPLETANDO LOS DATOS DE CADA COLUMNA, EN FORMA VERTICAL.	JEFE DE NUCLEO <input type="checkbox"/> 0	ESPOSO (a) o COMPAÑERO (a) <input type="checkbox"/> 1 HIJO (a) <input type="checkbox"/> 2 NUERA O YERNO <input type="checkbox"/> 3 NIETO (a) <input type="checkbox"/> 4 PADRES O SUEGROS <input type="checkbox"/> 5 OTRO PARIENTE <input type="checkbox"/> 6 OTRO NO PARIENTE <input type="checkbox"/> 7 MIEMBRO DE COLECTIVIDAD <input type="checkbox"/> 8
3	SEXO.	VARON <input type="checkbox"/> 1 HEMBRA <input type="checkbox"/> 2	VARON <input type="checkbox"/> 1 HEMBRA <input type="checkbox"/> 2
4	DIA, MES Y AÑO EN QUE NACIO Y EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.	DIA MES AÑO EDAD	DIA MES AÑO EDAD
5	COLOR DE LA PIEL. SE REFIERE AL CONCEPTO QUE ENTIENDE COMUNICAMENTE LA POBLACION.	BLANCO <input type="checkbox"/> 1 ASIATICO <input type="checkbox"/> 3 NEGRO <input type="checkbox"/> 2 MULATO O MESTIZO <input type="checkbox"/> 4	BLANCO <input type="checkbox"/> 1 ASIATICO <input type="checkbox"/> 3 NEGRO <input type="checkbox"/> 2 MULATO O MESTIZO <input type="checkbox"/> 4
6	¿DONDE VIVIA O RESIDIA EL 10 DE OCTUBRE DE 1976? (FECHA DE LAS PRIMERAS ELECCIONES GENERALES DEL PODER POPULAR) (SOLO PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS).	AQUI <input type="checkbox"/> SI VIVIA EN OTRO LUGAR ANOTE: LUGAR HABITADO _____ MUNICIPIO _____ PROVINCIA O PAIS _____	AQUI <input type="checkbox"/> SI VIVIA EN OTRO LUGAR ANOTE: LUGAR HABITADO _____ MUNICIPIO _____ PROVINCIA O PAIS _____
7	¿CUAL ES EL ESTADO CIVIL O CONYUGAL? (SOLO PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MAS).	UNIDO (A) <input type="checkbox"/> 1 SEPARADO (A) <input type="checkbox"/> 4 CASADO (A) <input type="checkbox"/> 2 VIUDO (A) <input type="checkbox"/> 5 DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> 3 SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> 6	UNIDO (A) <input type="checkbox"/> 1 SEPARADO (A) <input type="checkbox"/> 4 CASADO (A) <input type="checkbox"/> 2 VIUDO (A) <input type="checkbox"/> 5 DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> 3 SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> 6

PARTE B. CARACTERISTICAS EDUCACION...

8	¿CUAL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIO MAS ALTO APROBADO? (MARQUE LA CASILLA DE GRADO O AÑO APROBADO EN EL NIVEL EDUCACIONAL CORRESPONDIENTE). PARA LA EDUCACION DE ADULTOS BUSQUE LA TABLA DE CONVERSIONES EN SU MANUAL DE INSTRUCCIONES.	NINGUN GRADO APROBADO <input type="checkbox"/> 00 (Pase a la 11) 1 PRIMARIA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 2 SECUNDARIA BASICA <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 3 OBRERO CALIFICADO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 4 PRE-UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 5 TECNICO MEDIO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 6 MAGISTERIO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 7 SUPERIOR O UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	NINGUN GRADO APROBADO <input type="checkbox"/> 00 (Pase a la 11) 1 PRIMARIA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 2 SECUNDARIA BASICA <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 3 OBRERO CALIFICADO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 4 PRE-UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 5 TECNICO MEDIO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 6 MAGISTERIO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 7 SUPERIOR O UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
9	¿CUAL ES EL NIVEL EDUCACIONAL MAS ALTO TERMINADO COMPLETAMENTE?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Ning. Prim. SB. OC. Pre. TM. Mag. Sup.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Ning. Prim. SB. OC. Pre. TM. Mag. Sup.
10	¿QUE TITULO O CERTIFICADO OBTUVO EN ESE NIVEL APROBADO?	TITULO O CERTIFICADO _____	TITULO O CERTIFICADO _____
11	¿SABE LEER Y ESCRIBIR? MARQUE "SI" SIN PREGUNTAR AL QUE APROBO SEGUNDO GRADO O MAS.	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2
12	¿ESTA MATRICULADO ACTUALMENTE EN UN CENTRO EDUCACIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE EDUCACION O DEL EXTRANJERO?	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2
13	SI RESPONDIO "NO" A LA PREGUNTA ANTERIOR ¿CUAL ES LA CAUSA DE QUE NO ESTE MATRICULADO?	RETRASO MENTAL <input type="checkbox"/> 0 NO HAY ESCUELA CERCA <input type="checkbox"/> 5 CIEGO <input type="checkbox"/> 1 NO HAY CAPACIDAD DE MATRICULA <input type="checkbox"/> 6 SORDO <input type="checkbox"/> 2 Terminó Estudios <input type="checkbox"/> 7 MUDO <input type="checkbox"/> 3 No Desea Estudiar <input type="checkbox"/> 8 DEFICIENCIA FISICA O MOTORA <input type="checkbox"/> 4 OTRA <input type="checkbox"/> 9	RETRASO MENTAL <input type="checkbox"/> 0 NO HAY ESCUELA CERCA <input type="checkbox"/> 5 CIEGO <input type="checkbox"/> 1 NO HAY CAPACIDAD DE MATRICULA <input type="checkbox"/> 6 SORDO <input type="checkbox"/> 2 Terminó Estudios <input type="checkbox"/> 7 MUDO <input type="checkbox"/> 3 No Desea Estudiar <input type="checkbox"/> 8 DEFICIENCIA FISICA O MOTORA <input type="checkbox"/> 4 OTRA <input type="checkbox"/> 9

PARTE C. CARACTERISTICAS ECONOMICAS Y SOCIALES (Para pe...

14	¿QUE HIZO LA SEMANA ANTERIOR AL DIA DEL CENSO? SE TOMARA COMO PERIODO DE REFERENCIA LA SEMANA COMPRENDIDA DEL DOMINGO AL SABADO ANTERIOR A LA SEMANA DONDE SE ENCUENTRA EL DIA DEL CENSO. PARA LA PERSONA QUE TENGA MARCA EN LA CASILLA 1, 2 ó 4 PASAR A LA PREGUNTA 15. EN LOS CASOS RESTANTES PASAR A LA PREGUNTA 18.	ESTABA TRABAJANDO <input type="checkbox"/> 01 Buscaba trabajo porque lo había perdido <input type="checkbox"/> 02 BUSCABA TRABAJO POR PRIMERA VEZ JUBILADO O PENSIONADO <input type="checkbox"/> 03 Rentista o recibe ayuda económica <input type="checkbox"/> 04 QUEHACERES DEL HOGAR <input type="checkbox"/> 05 ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> 06 INCAPACITADO PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> 07 Persona en Asilo o recluso que no trabaja <input type="checkbox"/> 08 PERSONA FUERA DE LA EDAD LABORAL QUE NO TRABAJA NI ESTUDIA <input type="checkbox"/> 09 OTRA SITUACION <input type="checkbox"/> 10 OTRA SITUACION <input type="checkbox"/> 11	ESTABA TRABAJANDO <input type="checkbox"/> 01 Buscaba trabajo porque lo había perdido <input type="checkbox"/> 02 BUSCABA TRABAJO POR PRIMERA VEZ JUBILADO O PENSIONADO <input type="checkbox"/> 03 Rentista o recibe ayuda económica <input type="checkbox"/> 04 QUEHACERES DEL HOGAR <input type="checkbox"/> 05 ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> 06 INCAPACITADO PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> 07 Persona en Asilo o recluso que no trabaja <input type="checkbox"/> 08 PERSONA FUERA DE LA EDAD LABORAL QUE NO TRABAJA NI ESTUDIA <input type="checkbox"/> 09 OTRA SITUACION <input type="checkbox"/> 10 OTRA SITUACION <input type="checkbox"/> 11
15	¿QUE LABOR REALIZA O REALIZADA EN SU CENTRO DE TRABAJO? ANOTE LA OCUPACION COMPLETA, EJEMPLO: ELECTRICISTA ENROLLADOR, ELECTRICISTA GENERAL, ETC.	TIPO DE LABOR _____	TIPO DE LABOR _____
16	¿QUE ACTIVIDAD FUNDAMENTAL REALIZA O REALIZABA LA EMPRESA O UNIDAD PRESUPUESTADA A LA CUAL PERTENECE O PERTENECIA SU CENTRO DE TRABAJO?	ACTIVIDAD FUNDAMENTAL _____	ACTIVIDAD FUNDAMENTAL _____
17	¿QUE CATEGORIA OCUPACIONAL LE CORRESPONDE O CORRESPONDIA?	TRABAJADOR ESTATAL <input type="checkbox"/> 1 TRABAJADOR ASALARIADO PRIVADO <input type="checkbox"/> 2 COOPERATIVISTA <input type="checkbox"/> 3 PEQUEÑO AGRICULTOR (Poseedor de Tierra) <input type="checkbox"/> 4 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> 5 AYUDANTE FAMILIAR NO REMUNERADO <input type="checkbox"/> 6	TRABAJADOR ESTATAL <input type="checkbox"/> 1 TRABAJADOR ASALARIADO PRIVADO <input type="checkbox"/> 2 COOPERATIVISTA <input type="checkbox"/> 3 PEQUEÑO AGRICULTOR (Poseedor de Tierra) <input type="checkbox"/> 4 TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> 5 AYUDANTE FAMILIAR NO REMUNERADO <input type="checkbox"/> 6
18	¿CUAL ES LA PERSONA QUE LO MANTIENE? SI SE MANTIENE A SI MISMO ANOTE "00". SI ES POR OTRA PERSONA FUERA DEL NUCLEO O EL ESTADO, ANOTE 99. (PARA TODAS LAS EDADES).	ANOTE EL NUMERO DE LA COLUMNA DE QUIEN LO MANTIENE _____	ANOTE EL NUMERO DE LA COLUMNA DE QUIEN LO MANTIENE _____
19	¿CUANTAS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO EN TODA SU VIDA Y DE ELLOS CUANTOS ESTAN VIVOS AHORA? (SOLO PARA LAS HEMBRAS).	TOTAL DE HIJOS _____ NINGUNO <input type="checkbox"/> 00 HIJOS VIVOS AHORA _____ NINGUNO <input type="checkbox"/> 00	TOTAL DE HIJOS _____ NINGUNO <input type="checkbox"/> 00 HIJOS VIVOS AHORA _____ NINGUNO <input type="checkbox"/> 00