



REPUBLICA  
DEL ECUADOR

# VI CENSO DE POBLACION Y V DE VIVIENDA 2001

LA INFORMACION SOLICITADA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL  
EL ARTICULO 21 DE LA LEY DE ESTADISTICA ESTABLECE EL SECRETO ESTADISTICO



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
ESTADISTICA Y  
CENSOS



CENSO NACIONAL  
DE POBLACION  
Y VIVIENDA  
2001

Boleta Censal N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## I. UBICACION GEOGRAFICA

1.- PROVINCIA \_\_\_\_\_

2.- CANTÓN \_\_\_\_\_

3.- CABECERA CANTONAL O  
PARROQUIA RURAL \_\_\_\_\_

4.- ZONA  
O COMUNIDAD  
(localidad) AMANZANADA \_\_\_\_\_

5.- SECTOR \_\_\_\_\_  
Nombre del Sector Disperso

6.- AREA DE EMPADRONAMIENTO \_\_\_\_\_

7.- MANZANA N° \_\_\_\_\_

8.- \_\_\_\_\_  
Comunidad, Centro Poblado, Localidad, Recinto, Anexo, Barrio, etc.

9.- NÚMERO DE LA VIVIENDA (Orden de la visita) \_\_\_\_\_

10.- DIRECCIÓN DOMICILIARIA  
Avenida, Calle y No., Bloque, Dep. etc.  
Otra Identificación \_\_\_\_\_  
Camino, Carretera, Sendero, etc.

## II.

## DATOS DE LA VIVIENDA

1.- TIPO DE VIVIENDA

PARTICULAR	COLECTIVA
Casa o Villa <input type="checkbox"/> 01	Hotel, Pension, Residencial u Hostal <input type="checkbox"/> 11
Departamento <input type="checkbox"/> 02	Cuartel Militar o de Policía <input type="checkbox"/> 12
Cuarto (s) en casa de Inquilinato <input type="checkbox"/> 03	Carcel <input type="checkbox"/> 13
Mediagua <input type="checkbox"/> 04	Hospital, Clínica, etc. <input type="checkbox"/> 14
Rancho <input type="checkbox"/> 05	Convento o Institución Religiosa <input type="checkbox"/> 15
Covacha <input type="checkbox"/> 06	Otro (especifique) <input type="checkbox"/> 16
Choza <input type="checkbox"/> 07	
Otro (especifique) <input type="checkbox"/> 08	

SI LA VIVIENDA ES COLECTIVA, PASE AL CAPITULO V, (IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DEL HOGAR)

2.- CONDICIÓN DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA

Ocupada con personas presentes <input type="checkbox"/> 1	} FIN DE LA ENTREVISTA
Ocupada con personas ausentes <input type="checkbox"/> 2	
Desocupada <input type="checkbox"/> 3	
En construcción <input type="checkbox"/> 4	

3.- MATERIALES PREDOMINANTES EN LA VIVIENDA

A.- TECHO O CUBIERTA

Losa de Hormigón <input type="checkbox"/> 1
Ashesto o similares (Ej. Eternit) <input type="checkbox"/> 2
Zinc <input type="checkbox"/> 3
Teja <input type="checkbox"/> 4
Paja o similares <input type="checkbox"/> 5
Otros materiales <input type="checkbox"/> 6

B.- PAREDES EXTERIORES

Hormigón, ladrillo o bloque <input type="checkbox"/> 1
Adobe o tapia <input type="checkbox"/> 2
Madera <input type="checkbox"/> 3
Caña revestida o bahareque <input type="checkbox"/> 4
Caña no revestida <input type="checkbox"/> 5
Otros materiales <input type="checkbox"/> 6

C.- PISO

Entablado o parquet <input type="checkbox"/> 1
Baldosa o vinyl <input type="checkbox"/> 2
Ladrillo o cemento <input type="checkbox"/> 3
Caña <input type="checkbox"/> 4
Tierra <input type="checkbox"/> 5
Otros materiales <input type="checkbox"/> 6

D.- ARMAZÓN O ESTRUCTURA

Hormigón Armado <input type="checkbox"/> 1
Hierro <input type="checkbox"/> 2
Mampostería <input type="checkbox"/> 3
Madera <input type="checkbox"/> 4
Otro (especifique) <input type="checkbox"/> 5

4.- ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA

A.- ¿ CÓMO SE OBTIENE EL AGUA PARA LA VIVIENDA ?

Por tubería dentro de la vivienda <input type="checkbox"/> 1
Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno <input type="checkbox"/> 2
Por tubería fuera del edificio, lote o terreno <input type="checkbox"/> 3
No recibe agua por tubería, sino por otros medios <input type="checkbox"/> 4

B.- ¿ DE DÓNDE PROVIENE EL AGUA QUE RECIBE ?

De Red pública <input type="checkbox"/> 1
De Pozo <input type="checkbox"/> 2
De Río, vertiente, acequia o canal <input type="checkbox"/> 3
De Carro repartidor <input type="checkbox"/> 4
Otro (especifique) (Ej. Agua lluvia) <input type="checkbox"/> 5

5.- ¿ CÓMO SE ELIMINAN LAS AGUAS NEGRAS O SERVIDAS DE ESTA VIVIENDA ?

Por Red pública de alcantarillado <input type="checkbox"/> 1
Por Pozo ciego <input type="checkbox"/> 2
Por Pozo séptico <input type="checkbox"/> 3
De otra forma (especifique) <input type="checkbox"/> 4

6.- ¿ DISPONE LA VIVIENDA DE LUZ ELÉCTRICA ?

SI  1 NO  2

7.- ¿ DISPONE LA VIVIENDA DE SERVICIO TELEFÓNICO ?

SI  1 NO  2

8.- ¿ CÓMO SE ELIMINA LA BASURA DE LA VIVIENDA ?

Por carro recolector <input type="checkbox"/> 1
En terreno baldío o quebrada <input type="checkbox"/> 2
Por incineración o entierro <input type="checkbox"/> 3
De otra forma (especifique) <input type="checkbox"/> 4

9.- SIN CONTAR LA COCINA NI EL BAÑO, ¿ CUÁNTOS CUARTOS O PIEZAS TIENE LA VIVIENDA ?

Número: \_\_\_\_\_

10.- ¿ HAY PERSONAS O GRUPOS DE PERSONAS QUE COCINAN SUS ALIMENTOS EN FORMA SEPARADA Y DUERMEN EN ESTA VIVIENDA ?

SI  1 NO  2

11.- ¿ CUÁNTOS GRUPOS DE PERSONAS (HOGARES) COCINAN SUS ALIMENTOS EN FORMA SEPARADA Y DUERMEN EN ESTA VIVIENDA ?

Número: \_\_\_\_\_

Recuerde llenar este Resumen una vez concluida la entrevista.

### RESUMEN DE POBLACION DEL HOGAR

\_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_ Total

SI EN LA VIVIENDA QUE ESTA EMPADRONANDO HAY MAS DE UN HOGAR, UTILICE UNA BOLETA PARA CADA HOGAR, EN ELLAS REPITA EL CAPITULO I (UBICACIÓN GEOGRÁFICA), DEJE EN BLANCO EL CAPITULO II (DATOS DE LA VIVIENDA) Y LLENE LOS SIGUIENTES CAPITULOS: III, IV, V y VI.



**III. DATOS DEL HOGAR**

NÚMERO DEL HOGAR QUE ESTA INVESTIGANDO:  de

1.- SIN CONTAR LA COCINA NI EL BAÑO ¿CUÁNTOS CUARTOS O PIEZAS OCUPA ESTE HOGAR?

Número:

2.- EN ESTE HOGAR, ¿CUÁNTOS CUARTOS O PIEZAS SE UTILIZAN SÓLO PARA DORMIR?

Número:

3.- ¿TIENE ESTE HOGAR CUARTO, PIEZA O ESPACIO EXCLUSIVO PARA COCINAR?

SI .....  1 NO .....  2

4.- ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL COMBUSTIBLE O ENERGÍA QUE SE UTILIZA EN ESTE HOGAR PARA COCINAR?

Gas .....  1  
 Electricidad .....  2  
 Gasolina .....  3  
 Keros o diesel .....  4  
 Leña o carbon .....  5  
 Otro (especifique) .....  6  
 Ninguno (no cocina) .....  7

5.- EL SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE ESTE HOGAR ES :

Excusado de uso exclusivo del hogar .....  1  
 Excusado de uso común a varios hogares .....  2  
 Letrina .....  3  
 No tiene .....  4

6.- EL SERVICIO DE DUCHA QUE TIENE ESTE HOGAR ES:

De uso exclusivo del hogar .....  1  
 De uso común a varios hogares .....  2  
 No tiene .....  3

7.- EN ESTE HOGAR, ¿SE UTILIZA PARTE DE LA VIVIENDA PARA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA?

SI .....  1 NO .....  2

¿A QUE SE DEDICA PRINCIPALMENTE EL ESTABLECIMIENTO?

(especifique):

8.- LA VIVIENDA QUE OCUPA ESTE HOGAR ES:

Propia .....  1  
 Arrendada .....  2  
 En Anticresis .....  3  
 Gratuita .....  4  
 Por Servicios .....  5  
 Otra (especifique) .....  6

**IV. DATOS DE EMIGRANTES AL EXTERIOR**

1.- A PARTIR DE NOVIEMBRE DE 1996 (durante los últimos 5 años), ¿ UNA O MÁS PERSONAS DE LAS QUE FUERON MIEMBROS DE ESTE HOGAR VIAJARON A OTRO PAÍS Y TODAVÍA NO RETORNAN ?

SI .....  1 **⇒** Pase a la Pregunta 2 NO .....  2 **⇒** Pase al Capítulo V (Identificación de las Personas del Hogar).

2.- ¿ CUÁNTOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR VIAJARON ? **⇒** Número:

1.- ORDEN	2.- SEXO		3.- EDAD (AL SALIR DEL PAIS)	4.- AÑO DE SALIDA	5.- MOTIVO DEL VIAJE (Código)	6.- NOMBRE DEL PAIS DE DESTINO (Código)
	Hombre	Mujer				
1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				

**V. IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS DEL HOGAR**

1.- ¿CUÁLES SON LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE PASARON LA NOCHE DEL 24 AL 25 DE NOVIEMBRE EN ESTE HOGAR?, EMPIECE POR EL JEFE O JEFA DEL HOGAR Y CONTINUE LUEGO CON EL RESTO DE MIEMBROS (No olvide a los recién nacidos y a los ancianos).

SR. EMPADRONADOR: ANOTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE CADA PERSONA EN EL SIGUIENTE ORDEN:

1. Jefe o Jefa del Hogar	6. Padres o Suegros
2. Cónyuge o Conviviente	7. Otros Parientes
3. Hijo o Hija (hijos solteros, casados, de mayor a menor)	8. Otros no Parientes
4. Yerno o Nuera	9. Empleado (a) Doméstico (a)
5. Nieto o Nieta	10. Miembro del Hogar Colectivo

1.- Número Persona	2.- NOMBRES Y APELLIDOS	3.- PARENTESCO O RELACIÓN CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR	4.- SEXO	
			HOMBRE	MUJER
<b>TOTAL</b>				

IMPORTANTE

NO OLVIDE TRANSCRIBIR EL NÚMERO Y LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS AL RECUADRO INICIAL DE LOS CUESTIONARIOS DEL CAPITULO VI (DATOS DE POBLACIÓN), ANTES DE INICIAR CON LAS PREGUNTAS.

SEÑOR EMPADRONADOR: SI EL NÚMERO DE PERSONAS ES MAYOR A 7 UTILICE OTRA BOLETA  
 REPITA EL CAPITULO I (UBICACIÓN GEOGRÁFICA) DE LA BOLETA ANTERIOR, DEJE EN BLANCO LOS CAPÍTULOS: II, III Y IV; y LLENE DESDE EL CAPÍTULO V (IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DEL HOGAR) Y EL CAPÍTULO VI (DATOS DE POBLACIÓN). NO UTILICE EL PRIMER CUESTIONARIO DEL JEFE O JEFA DEL HOGAR, INICIE CON EL SEGUNDO CUESTIONARIO.



PERSONA No.

NOMBRES Y APELLIDOS

**A. CARACTERÍSTICAS GENERALES****1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR?** Marque la casilla correspondiente.

- |                       |                          |   |                             |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| Cónyuge o Conviviente | <input type="checkbox"/> | 1 | Otros Parientes             | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Hijo o Hija           | <input type="checkbox"/> | 2 | Otros No Parientes          | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Yerno o Nuera         | <input type="checkbox"/> | 3 | Empleado(a) Doméstico(a)    | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Nieto o Nieta         | <input type="checkbox"/> | 4 | Miembro del Hogar Colectivo | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Padres o Suegros      | <input type="checkbox"/> | 5 |                             |                          |   |

**2.- ¿ES HOMBRE O MUJER?** Marque la casilla correspondiente

- |        |                          |   |       |                          |   |
|--------|--------------------------|---|-------|--------------------------|---|
| Hombre | <input type="checkbox"/> | 1 | Mujer | <input type="checkbox"/> | 2 |
|--------|--------------------------|---|-------|--------------------------|---|

**3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?** Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".Años cumplidos: **4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)**

- |           |                          |   |   |                          |   |
|-----------|--------------------------|---|---|--------------------------|---|
| SI        | <input type="checkbox"/> | 1 | Para ver (ceguera, sólo sombras)                      | <input type="checkbox"/> | 1 |
|           |                          |   | Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) | <input type="checkbox"/> | 2 |
|           |                          |   | Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo)  | <input type="checkbox"/> | 3 |
|           |                          |   | Retardo mental  | <input type="checkbox"/> | 4 |
|           |                          |   | Enfermedad psiquiátrica (locura)                      | <input type="checkbox"/> | 5 |
|           |                          |   | Múltiple (dos o más de las anteriores)                | <input type="checkbox"/> | 6 |
|           |                          |   | Otra (desfigurativas, órganos internos)               | <input type="checkbox"/> | 7 |
| NO        | <input type="checkbox"/> | 2 |   |                          |   |
| Se Ignora | <input type="checkbox"/> | 9 |   |                          |   |

**5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?**

- |                         |                          |   |   |                      |  |
|-------------------------|--------------------------|---|---|----------------------|--|
| Sólo Español            | <input type="checkbox"/> | 1 |   |                      |  |
| Sólo Lengua Nativa      | <input type="checkbox"/> | 2 | → | <input type="text"/> |  |
| Sólo Idioma Extranjero  | <input type="checkbox"/> | 3 | → | <input type="text"/> |  |
| Español y Lengua Nativa | <input type="checkbox"/> | 4 |   |                      |  |
| Otro (especifique)      | <input type="checkbox"/> | 5 |   |                      |  |

**Sr. Empadronador:**  
PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES  
DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO  
ESTA PREGUNTA

**6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?**

- |                          |                          |   |   |                      |  |
|--------------------------|--------------------------|---|---|----------------------|--|
| Indígena                 | <input type="checkbox"/> | 1 | → | <input type="text"/> |  |
| Negro (Afro-ecuatoriano) | <input type="checkbox"/> | 2 |   |                      |  |
| Mestizo                  | <input type="checkbox"/> | 3 |   |                      |  |
| Mulato                   | <input type="checkbox"/> | 4 |   |                      |  |
| Blanco                   | <input type="checkbox"/> | 5 |   |                      |  |
| Otro                     | <input type="checkbox"/> | 6 |   |                      |  |

¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece?

**7.- ¿DÓNDE NACIÓ?**

- |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal | <input type="checkbox"/> | 1 | Parroquia Rural o Cab. Cantonal<br>Cantón<br>Provincia |  |  |  |  |  |  |  |
| En otro lugar del país                      |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En otro país (especifique)                  |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se ignora                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Año que llegó al Ecuador

**8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?**

- |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal | <input type="checkbox"/> | 1 | Parroquia Rural o Cab. Cantonal<br>Cantón<br>Provincia |  |  |  |  |  |  |  |
| En otro lugar del país                      |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En otro país (especifique)                  |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se ignora                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR?** Si vive menos de 1 mes anote "00".

- |                 |                          |    |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| Siempre         | <input type="checkbox"/> | 98 |  |  |  |  |  |  |  |
| Numero de años  |                          |    |  |  |  |  |  |  |  |
| Numero de meses |                          |    |  |  |  |  |  |  |  |
| Se ignora       | <input type="checkbox"/> | 99 |  |  |  |  |  |  |  |

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

**10.- HACE 5 AÑOS ( EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?**

- |   |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal | <input type="checkbox"/> | 1 | Parroquia Rural o Cab. Cantonal<br>Cantón<br>Provincia |  |  |  |  |  |  |  |
| En otro lugar del país                      |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En otro país (especifique)                  |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se ignora                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES****11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?** Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

- |    |                          |   |    |                          |   |           |                          |   |
|----|--------------------------|---|----|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| SI | <input type="checkbox"/> | 1 | NO | <input type="checkbox"/> | 2 | Se ignora | <input type="checkbox"/> | 9 |
|----|--------------------------|---|----|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|

**12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR?** ( Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado )

- |           |                          |   |           |                          |   |           |                          |   |
|-----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| Si asiste | <input type="checkbox"/> | 1 | No asiste | <input type="checkbox"/> | 2 | Se Ignora | <input type="checkbox"/> | 9 |
|-----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|

**13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?** Marque la casilla correspondiente.

- |                           |                          |   |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Ninguno                   | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Centro de Alfabetización  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Primario                  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Secundario                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Educación Básica          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Educación Media           | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ciclo Post - Bachillerato | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Superior                  | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Postgrado                 | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Se Ignora                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

**14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA?** Marque la casilla correspondiente

- |                          |    |                          |    |                          |    |                          |    |                          |                          |                          |    |                          |    |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 00 | <input type="checkbox"/> | 01 | <input type="checkbox"/> | 02 | <input type="checkbox"/> | 03 | <input type="checkbox"/> | 04                       | <input type="checkbox"/> | 05 | <input type="checkbox"/> | 06 |
| <input type="checkbox"/> | 07 | <input type="checkbox"/> | 08 | <input type="checkbox"/> | 09 | <input type="checkbox"/> | 10 | Se ignora                | <input type="checkbox"/> | 99                       |    |                          |    |

**15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?**

SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR

- |    |                          |   |    |                          |   |           |                          |   |
|----|--------------------------|---|----|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| SI | <input type="checkbox"/> | 1 | NO | <input type="checkbox"/> | 2 | Se ignora | <input type="checkbox"/> | 9 |
|----|--------------------------|---|----|--------------------------|---|-----------|--------------------------|---|

¿Qué título tiene?:

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)







PERSONA No. \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS GENERALES****1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR?** Marque la casilla correspondiente.

- |                             |                          |   |                                   |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Cónyuge o Conviviente ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Otros Parientes .....             | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Hijo o Hija .....           | <input type="checkbox"/> | 2 | Otros No Parientes .....          | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Yerno o Nuera .....         | <input type="checkbox"/> | 3 | Empleado(a) Doméstico(a) ...      | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Nieto o Nieta .....         | <input type="checkbox"/> | 4 | Miembro del Hogar Colectivo ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Padres o Suegros .....      | <input type="checkbox"/> | 5 |                                   |                          |   |

**2.- ¿ES HOMBRE O MUJER?** Marque la casilla correspondiente

- |              |                          |   |             |                          |   |
|--------------|--------------------------|---|-------------|--------------------------|---|
| Hombre ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Mujer ..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
|--------------|--------------------------|---|-------------|--------------------------|---|

**3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?** Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".

Años cumplidos: \_\_\_\_\_

**4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)**

- |                 |                          |   |   |                          |   |
|-----------------|--------------------------|---|---|--------------------------|---|
| SI .....        | <input type="checkbox"/> | 1 | Para ver (ceguera, sólo sombras) .....                      | <input type="checkbox"/> | 1 |
|                 |                          |   | Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) ..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
|                 |                          |   | Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo) .....  | <input type="checkbox"/> | 3 |
|                 |                          |   | Retardo mental .....  | <input type="checkbox"/> | 4 |
|                 |                          |   | Enfermedad siquiatrica (locura) .....                       | <input type="checkbox"/> | 5 |
|                 |                          |   | Múltiple (dos o más de las anteriores) .....                | <input type="checkbox"/> | 6 |
|                 |                          |   | Otra (desfigurativas, órganos internos) .....               | <input type="checkbox"/> | 7 |
| NO .....        | <input type="checkbox"/> | 2 |   |                          |   |
| Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |   |                          |   |

**5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?**

- |                               |                          |   |   |                      |       |
|-------------------------------|--------------------------|---|---|----------------------|-------|
| Sólo Español .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |   |                      |       |
| Sólo Lengua Nativa .....      | <input type="checkbox"/> | 2 | → | _____                | _____ |
| Sólo Idioma Extranjero .....  | <input type="checkbox"/> | 3 | ↗ | ¿Cuál lengua nativa? |       |
| Español y Lengua Nativa ..... | <input type="checkbox"/> | 4 |   |                      |       |
| Otro (especifique) .....      | <input type="checkbox"/> | 5 |   |                      |       |

**Sr. Empadronador:**  
PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES  
DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO  
ESTA PREGUNTA

**6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?**

- |                             |                          |   |   |   |       |
|-----------------------------|--------------------------|---|---|---|-------|
| Indígena .....              | <input type="checkbox"/> | 1 | → | _____   | _____ |
| Negro (Afro-ecuatoriano) .. | <input type="checkbox"/> | 2 |   | ¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece? |       |
| Mestizo .....               | <input type="checkbox"/> | 3 |   |   |       |
| Mulato .....                | <input type="checkbox"/> | 4 |   |   |       |
| Blanco .....                | <input type="checkbox"/> | 5 |   |   |       |
| Otro .....                  | <input type="checkbox"/> | 6 |   |   |       |

**7.- ¿DÓNDE NACIÓ?**

- |   |                          |   |                                 |                          |       |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |                                 |                          |       |
|   |                          |   | Parroquia Rural o Cab. Cantonal | _____                    |       |
| En otro lugar del país .....                      |                          |   | Cantón                          | _____                    |       |
|   |                          |   | Provincia                       | _____                    |       |
| En otro país (especifique) .....                  |                          |   | →                               | Año que llegó al Ecuador | _____ |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |                                 |                          | _____ |

**8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?**

- |   |                          |   |                                 |       |       |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|-------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |                                 |       |       |
|   |                          |   | Parroquia Rural o Cab. Cantonal | _____ |       |
| En otro lugar del país .....                      |                          |   | Cantón                          | _____ |       |
|   |                          |   | Provincia                       | _____ |       |
| En otro país (especifique) .....                  |                          |   |                                 | _____ |       |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |                                 |       | _____ |

**9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR?** Si vive menos de 1 mes anote "00".

- |                       |                          |    |       |       |       |
|-----------------------|--------------------------|----|-------|-------|-------|
| Siempre .....         | <input type="checkbox"/> | 98 |       |       |       |
| Número de años .....  |                          |    | _____ | _____ |       |
| Número de meses ..... |                          |    | _____ | _____ |       |
| Se ignora .....       | <input type="checkbox"/> | 99 |       |       | _____ |

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

**10.- HACE 5 AÑOS ( EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?**

- |   |                          |   |                                 |       |       |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|-------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |                                 |       |       |
|   |                          |   | Parroquia Rural o Cab. Cantonal | _____ |       |
| En otro lugar del país .....                      |                          |   | Cantón                          | _____ |       |
|   |                          |   | Provincia                       | _____ |       |
| En otro país (especifique) .....                  |                          |   |                                 | _____ |       |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |                                 |       | _____ |

**B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES****11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?** Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

- |          |                          |   |          |                          |   |                 |                          |   |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|
| SI ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | NO ..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|

**12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR?** ( Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado )

- |               |                          |   |               |                          |   |                 |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|---------------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|
| Si asiste ... | <input type="checkbox"/> | 1 | No asiste ... | <input type="checkbox"/> | 2 | Se Ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
|---------------|--------------------------|---|---------------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|

**13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?** Marque la casilla correspondiente.

- |                                 |                          |   |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| Ninguno .....                   | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Centro de Alfabetización .....  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Primario .....                  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Secundario .....                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Educación Básica .....          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Educación Media .....           | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ciclo Post - Bachillerato ..... | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Superior .....                  | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Postgrado .....                 | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Se Ignora .....                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

**14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA?** Marque la casilla correspondiente

- |                          |    |                          |    |                          |    |                          |    |                          |                          |                          |    |                          |    |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 00 | <input type="checkbox"/> | 01 | <input type="checkbox"/> | 02 | <input type="checkbox"/> | 03 | <input type="checkbox"/> | 04                       | <input type="checkbox"/> | 05 | <input type="checkbox"/> | 06 |
| <input type="checkbox"/> | 07 | <input type="checkbox"/> | 08 | <input type="checkbox"/> | 09 | <input type="checkbox"/> | 10 | Se ignora                | <input type="checkbox"/> | 99                       |    |                          |    |

**15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?**

SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR

- |          |                          |   |          |                          |   |                 |                          |   |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|
| SI ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | NO ..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|

¿Qué título tiene?: \_\_\_\_\_

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)







PERSONA No. \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS GENERALES****1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR?** Marque la casilla correspondiente.

Cónyuge o Conviviente .....	<input type="checkbox"/> 1	Otros Parientes .....	<input type="checkbox"/> 6
Hijo o Hija .....	<input type="checkbox"/> 2	Otros No Parientes .....	<input type="checkbox"/> 7
Yerno o Nuera .....	<input type="checkbox"/> 3	Empleado(a) Doméstico(a) ...	<input type="checkbox"/> 8
Nieto o Nieta .....	<input type="checkbox"/> 4	Miembro del Hogar Colectivo .....	<input type="checkbox"/> 9
Padres o Suegros .....	<input type="checkbox"/> 5		

**2.- ¿ES HOMBRE O MUJER?** Marque la casilla correspondiente

Hombre .....	<input type="checkbox"/> 1	Mujer .....	<input type="checkbox"/> 2
--------------	----------------------------	-------------	----------------------------

**3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?** Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".

Años cumplidos: \_\_\_\_\_

**4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)**

SI .....	<input type="checkbox"/> 1	Para ver (ceguera, sólo sombras) .....	<input type="checkbox"/> 1
		Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) .....	<input type="checkbox"/> 2
		Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo) .....	<input type="checkbox"/> 3
		Retardo mental .....	<input type="checkbox"/> 4
		Enfermedad siquímica (locura) .....	<input type="checkbox"/> 5
		Múltiple (dos o más de las anteriores) .....	<input type="checkbox"/> 6
		Otra (desfigurativas, órganos internos) .....	<input type="checkbox"/> 7
NO .....	<input type="checkbox"/> 2		
Se ignora ...	<input type="checkbox"/> 9		

**5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?**

Sólo Español .....	<input type="checkbox"/> 1		
Sólo Lengua Nativa .....	<input type="checkbox"/> 2	→	_____
Sólo Idioma Extranjero .....	<input type="checkbox"/> 3	→	_____
Español y Lengua Nativa .....	<input type="checkbox"/> 4		
Otro (especifique) .....	<input type="checkbox"/> 5		

**Sr. Empadronador:**  
PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES  
DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO  
ESTA PREGUNTA

**6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?**

Indígena .....	<input type="checkbox"/> 1	→	_____
Negro (Afro-ecuatoriano) ..	<input type="checkbox"/> 2	→	_____
Mestizo .....	<input type="checkbox"/> 3		
Mulato .....	<input type="checkbox"/> 4		
Blanco .....	<input type="checkbox"/> 5		
Otro .....	<input type="checkbox"/> 6		

¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece?

**7.- ¿DÓNDE NACIÓ?**

En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal .....	<input type="checkbox"/> 1		
En otro lugar del país .....		Parroquia Rural o Cab. Cantonal	_____
		Cantón	_____
		Provincia	_____
En otro país (especifique) .....		→	Año que llegó al Ecuador _____
Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9		

**8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?**

En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal .....	<input type="checkbox"/> 1		
En otro lugar del país .....		Parroquia Rural o Cab. Cantonal	_____
		Cantón	_____
		Provincia	_____
En otro país (especifique) .....			
Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9		

**9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR?** Si vive menos de 1 mes anote "00".

Siempre .....	<input type="checkbox"/> 98		
Número de años .....		_____	_____
Número de meses .....		_____	_____
Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 99		

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

**10.- HACE 5 AÑOS ( EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?**

En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal .....	<input type="checkbox"/> 1		
En otro lugar del país .....		Parroquia Rural o Cab. Cantonal	_____
		Cantón	_____
		Provincia	_____
En otro país (especifique) .....			
Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9		

**B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES****11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?** Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

SI .....	<input type="checkbox"/> 1	NO .....	<input type="checkbox"/> 2	Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9
----------	----------------------------	----------	----------------------------	-----------------	----------------------------

**12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR?** ( Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado )

Si asiste ...	<input type="checkbox"/> 1	No asiste ...	<input type="checkbox"/> 2	Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9
---------------	----------------------------	---------------	----------------------------	-----------------	----------------------------

**13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?** Marque la casilla correspondiente.

Ninguno .....	<input type="checkbox"/> 0
Centro de Alfabetización .....	<input type="checkbox"/> 1
Primario .....	<input type="checkbox"/> 2
Secundario .....	<input type="checkbox"/> 3
Educación Básica .....	<input type="checkbox"/> 4
Educación Media .....	<input type="checkbox"/> 5
Ciclo Post - Bachillerato .....	<input type="checkbox"/> 6
Superior .....	<input type="checkbox"/> 7
Postgrado .....	<input type="checkbox"/> 8
Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9

**14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA?** Marque la casilla correspondiente

<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 06
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 10	Se ignora	<input type="checkbox"/> 99	

**15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?**

SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR

SI .....	<input type="checkbox"/> 1	NO .....	<input type="checkbox"/> 2	Se ignora .....	<input type="checkbox"/> 9
----------	----------------------------	----------	----------------------------	-----------------	----------------------------

¿Qué título tiene?: \_\_\_\_\_

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)







PERSONA No. \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS GENERALES****1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR?** Marque la casilla correspondiente.

- |                             |                          |   |                                   |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Cónyuge o Conviviente ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Otros Parientes .....             | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Hijo o Hija .....           | <input type="checkbox"/> | 2 | Otros No Parientes .....          | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Yerno o Nuera .....         | <input type="checkbox"/> | 3 | Empleado(a) Doméstico(a) ...      | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Nieto o Nieta .....         | <input type="checkbox"/> | 4 | Miembro del Hogar Colectivo ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Padres o Suegros .....      | <input type="checkbox"/> | 5 |                                   |                          |   |

**2.- ¿ES HOMBRE O MUJER?** Marque la casilla correspondiente

- |              |                          |   |             |                          |   |
|--------------|--------------------------|---|-------------|--------------------------|---|
| Hombre ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Mujer ..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
|--------------|--------------------------|---|-------------|--------------------------|---|

**3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?** Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".

Años cumplidos: \_\_\_\_\_

**4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)**

- |               |                          |   |   |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|---|--------------------------|---|
| SI .....      | <input type="checkbox"/> | 1 | Para ver (ceguera, sólo sombras) .....                      | <input type="checkbox"/> | 1 |
|               |                          |   | Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) ..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
|               |                          |   | Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo) .....  | <input type="checkbox"/> | 3 |
|               |                          |   | Retardo mental .....  | <input type="checkbox"/> | 4 |
|               |                          |   | Enfermedad siquiatrica (locura) .....                       | <input type="checkbox"/> | 5 |
|               |                          |   | Múltiple (dos o más de las anteriores) .....                | <input type="checkbox"/> | 6 |
|               |                          |   | Otra (desfigurativas, órganos internos) .....               | <input type="checkbox"/> | 7 |
| NO .....      | <input type="checkbox"/> | 2 |   |                          |   |
| Se ignora ... | <input type="checkbox"/> | 9 |   |                          |   |

**5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?**

- |                               |                          |   |   |                      |       |
|-------------------------------|--------------------------|---|---|----------------------|-------|
| Sólo Español .....            | <input type="checkbox"/> | 1 |   |                      |       |
| Sólo Lengua Nativa .....      | <input type="checkbox"/> | 2 | → | _____                | _____ |
| Sólo Idioma Extranjero .....  | <input type="checkbox"/> | 3 | ↗ | ¿Cuál lengua nativa? |       |
| Español y Lengua Nativa ..... | <input type="checkbox"/> | 4 |   |                      |       |
| Otro (especifique) .....      | <input type="checkbox"/> | 5 |   |                      |       |

**Sr. Empadronador:**  
PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES  
DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO  
ESTA PREGUNTA

**6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?**

- |                             |                          |   |   |   |       |
|-----------------------------|--------------------------|---|---|---|-------|
| Indígena .....              | <input type="checkbox"/> | 1 | → | _____   | _____ |
| Negro (Afro-ecuatoriano) .. | <input type="checkbox"/> | 2 |   | ¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece? |       |
| Mestizo .....               | <input type="checkbox"/> | 3 |   |   |       |
| Mulato .....                | <input type="checkbox"/> | 4 |   |   |       |
| Blanco .....                | <input type="checkbox"/> | 5 |   |   |       |
| Otro .....                  | <input type="checkbox"/> | 6 |   |   |       |

**7.- ¿DÓNDE NACIÓ?**

- |   |                          |   |                                 |                          |       |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |                                 |                          |       |
| En otro lugar del país .....                      |                          |   | Parroquia Rural o Cab. Cantonal | _____                    |       |
|   |                          |   | Cantón                          | _____                    |       |
|   |                          |   | Provincia                       | _____                    |       |
| En otro país .....                                |                          |   | (especifique)                   | _____                    |       |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> | 9 | →                               | Año que llegó al Ecuador | _____ |

**8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?**

- |   |                          |   |                                 |       |  |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|-------|--|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |                                 |       |  |
| En otro lugar del país .....                      |                          |   | Parroquia Rural o Cab. Cantonal | _____ |  |
|   |                          |   | Cantón                          | _____ |  |
|   |                          |   | Provincia                       | _____ |  |
| En otro país .....                                |                          |   | (especifique)                   | _____ |  |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |                                 |       |  |

**9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR?** Si vive menos de 1 mes anote "00".

- |                       |                          |    |       |       |  |
|-----------------------|--------------------------|----|-------|-------|--|
| Siempre .....         | <input type="checkbox"/> | 98 |       |       |  |
| Número de años .....  |                          |    | _____ | _____ |  |
| Número de meses ..... |                          |    | _____ | _____ |  |
| Se ignora .....       | <input type="checkbox"/> | 99 |       |       |  |

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

**10.- HACE 5 AÑOS ( EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?**

- |   |                          |   |                                 |       |  |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|-------|--|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> | 1 |                                 |       |  |
| En otro lugar del país .....                      |                          |   | Parroquia Rural o Cab. Cantonal | _____ |  |
|   |                          |   | Cantón                          | _____ |  |
|   |                          |   | Provincia                       | _____ |  |
| En otro país (especifique) .....                  |                          |   | _____                           |       |  |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> | 9 |                                 |       |  |

**B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES****11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?** Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

- |          |                          |   |          |                          |   |                 |                          |   |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|
| SI ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | NO ..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|

**12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR?** ( Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado )

- |               |                          |   |               |                          |   |                 |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|---------------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|
| Si asiste ... | <input type="checkbox"/> | 1 | No asiste ... | <input type="checkbox"/> | 2 | Se Ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
|---------------|--------------------------|---|---------------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|

**13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?** Marque la casilla correspondiente.

- |                                 |                          |   |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| Ninguno .....                   | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Centro de Alfabetización .....  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Primario .....                  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Secundario .....                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Educación Básica .....          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Educación Media .....           | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ciclo Post - Bachillerato ..... | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Superior .....                  | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Postgrado .....                 | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Se Ignora .....                 | <input type="checkbox"/> | 9 |

**14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA?** Marque la casilla correspondiente

- |                          |    |                          |    |                          |    |                          |    |                          |                          |                          |    |                          |    |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 00 | <input type="checkbox"/> | 01 | <input type="checkbox"/> | 02 | <input type="checkbox"/> | 03 | <input type="checkbox"/> | 04                       | <input type="checkbox"/> | 05 | <input type="checkbox"/> | 06 |
| <input type="checkbox"/> | 07 | <input type="checkbox"/> | 08 | <input type="checkbox"/> | 09 | <input type="checkbox"/> | 10 | Se ignora                | <input type="checkbox"/> | 99                       |    |                          |    |

**15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?**

SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR

- |          |                          |   |          |                          |   |                 |                          |   |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|
| SI ..... | <input type="checkbox"/> | 1 | NO ..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
|----------|--------------------------|---|----------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|---|

¿Qué título tiene?: \_\_\_\_\_

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)







PERSONA No. \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS GENERALES****1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR?** Marque la casilla correspondiente.

- |                             |                            |                                   |                            |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Cónyuge o Conviviente ..... | <input type="checkbox"/> 1 | Otros Parientes .....             | <input type="checkbox"/> 6 |
| Hijo o Hija .....           | <input type="checkbox"/> 2 | Otros No Parientes .....          | <input type="checkbox"/> 7 |
| Yerno o Nuera .....         | <input type="checkbox"/> 3 | Empleado(a) Doméstico(a) ...      | <input type="checkbox"/> 8 |
| Nieto o Nieta .....         | <input type="checkbox"/> 4 | Miembro del Hogar Colectivo ..... | <input type="checkbox"/> 9 |
| Padres o Suegros .....      | <input type="checkbox"/> 5 |                                   |                            |

**2.- ¿ES HOMBRE O MUJER?** Marque la casilla correspondiente

- |              |                            |             |                            |
|--------------|----------------------------|-------------|----------------------------|
| Hombre ..... | <input type="checkbox"/> 1 | Mujer ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
|--------------|----------------------------|-------------|----------------------------|

**3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?** Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".

Años cumplidos: \_\_\_\_\_

**4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)**

- |                 |                            |   |                            |
|-----------------|----------------------------|---|----------------------------|
| SI .....        | <input type="checkbox"/> 1 | Para ver (ceguera, sólo sombras) .....                      | <input type="checkbox"/> 1 |
|                 |                            | Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
|                 |                            | Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo) .....  | <input type="checkbox"/> 3 |
|                 |                            | Retardo mental .....  | <input type="checkbox"/> 4 |
|                 |                            | Enfermedad siquiatrica (locura) .....                       | <input type="checkbox"/> 5 |
|                 |                            | Múltiple (dos o más de las anteriores) .....                | <input type="checkbox"/> 6 |
|                 |                            | Otra (desfigurativas, órganos internos) .....               | <input type="checkbox"/> 7 |
| NO .....        | <input type="checkbox"/> 2 |   |                            |
| Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> 9 |   |                            |

**5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?**

- |                               |                            |   |       |
|-------------------------------|----------------------------|---|-------|
| Sólo Español .....            | <input type="checkbox"/> 1 |   |       |
| Sólo Lengua Nativa .....      | <input type="checkbox"/> 2 | → | _____ |
| Sólo Idioma Extranjero .....  | <input type="checkbox"/> 3 | → | _____ |
| Español y Lengua Nativa ..... | <input type="checkbox"/> 4 |   |       |
| Otro (especifique) .....      | <input type="checkbox"/> 5 |   |       |

**Sr. Empadronador:**  
PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES  
DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO  
ESTA PREGUNTA

**6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?**

- |                             |                            |   |       |
|-----------------------------|----------------------------|---|-------|
| Indígena .....              | <input type="checkbox"/> 1 | → | _____ |
| Negro (Afro-ecuatoriano) .. | <input type="checkbox"/> 2 | → | _____ |
| Mestizo .....               | <input type="checkbox"/> 3 |   |       |
| Mulato .....                | <input type="checkbox"/> 4 |   |       |
| Blanco .....                | <input type="checkbox"/> 5 |   |       |
| Otro .....                  | <input type="checkbox"/> 6 |   |       |

¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece?

**7.- ¿DÓNDE NACIÓ?**

- |   |                            |                                       |       |
|---|----------------------------|---------------------------------------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> 1 |                                       |       |
| En otro lugar del país .....                      |                            | Parroquia Rural o Cab. Cantonal ..... | _____ |
|   |                            | Cantón .....                          | _____ |
|   |                            | Provincia .....                       | _____ |
| En otro país .....                                |                            | (especifique) .....                   | _____ |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> 9 | Año que llegó al Ecuador .....        | _____ |

**8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?**

- |   |                            |                                       |       |
|---|----------------------------|---------------------------------------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> 1 |                                       |       |
| En otro lugar del país .....                      |                            | Parroquia Rural o Cab. Cantonal ..... | _____ |
|   |                            | Cantón .....                          | _____ |
|   |                            | Provincia .....                       | _____ |
| En otro país .....                                |                            | (especifique) .....                   | _____ |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> 9 |                                       |       |

**9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR?** Si vive menos de 1 mes anote "00".

- |                       |                             |       |       |
|-----------------------|-----------------------------|-------|-------|
| Siempre .....         | <input type="checkbox"/> 98 |       |       |
| Número de años .....  |                             | _____ | _____ |
| Número de meses ..... |                             | _____ | _____ |
| Se ignora .....       | <input type="checkbox"/> 99 |       |       |

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

**10.- HACE 5 AÑOS ( EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?**

- |   |                            |                                       |       |
|---|----------------------------|---------------------------------------|-------|
| En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal ..... | <input type="checkbox"/> 1 |                                       |       |
| En otro lugar del país .....                      |                            | Parroquia Rural o Cab. Cantonal ..... | _____ |
|   |                            | Cantón .....                          | _____ |
|   |                            | Provincia .....                       | _____ |
| En otro país .....                                |                            | (especifique) .....                   | _____ |
| Se ignora .....                                   | <input type="checkbox"/> 9 |                                       |       |

**B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES****11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?** Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

- |          |                            |          |                            |                 |                            |
|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| SI ..... | <input type="checkbox"/> 1 | NO ..... | <input type="checkbox"/> 2 | Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> 9 |
|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------------|----------------------------|

**12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR?** ( Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado )

- |               |                            |               |                            |                 |                            |
|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Si asiste ... | <input type="checkbox"/> 1 | No asiste ... | <input type="checkbox"/> 2 | Se Ignora ..... | <input type="checkbox"/> 9 |
|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|

**13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?** Marque la casilla correspondiente.

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| Ninguno .....                   | <input type="checkbox"/> 0 |
| Centro de Alfabetización .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Primario .....                  | <input type="checkbox"/> 2 |
| Secundario .....                | <input type="checkbox"/> 3 |
| Educación Básica .....          | <input type="checkbox"/> 4 |
| Educación Media .....           | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ciclo Post - Bachillerato ..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Superior .....                  | <input type="checkbox"/> 7 |
| Postgrado .....                 | <input type="checkbox"/> 8 |
| Se ignora .....                 | <input type="checkbox"/> 9 |

**14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA?** Marque la casilla correspondiente

- |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 00 | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 02 | <input type="checkbox"/> 03 | <input type="checkbox"/> 04 | <input type="checkbox"/> 05 | <input type="checkbox"/> 06 |
| <input type="checkbox"/> 07 | <input type="checkbox"/> 08 | <input type="checkbox"/> 09 | <input type="checkbox"/> 10 | Se ignora                   | <input type="checkbox"/> 99 |                             |

**15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?**

SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR

- |          |                            |          |                            |                 |                            |
|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| SI ..... | <input type="checkbox"/> 1 | NO ..... | <input type="checkbox"/> 2 | Se ignora ..... | <input type="checkbox"/> 9 |
|----------|----------------------------|----------|----------------------------|-----------------|----------------------------|

¿Qué título tiene?: \_\_\_\_\_

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)







## VI. DATOS DE POBLACIÓN

### CUESTIONARIO PARA EL RESTO DE PERSONAS DEL HOGAR

PERSONA No. \_\_\_\_\_ NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

#### A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR? Marque la casilla correspondiente.

- |                       |                          |   |                             |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| Cónyuge o Conviviente | <input type="checkbox"/> | 1 | Otros Parientes             | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Hijo o Hija           | <input type="checkbox"/> | 2 | Otros No Parientes          | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Yerno o Nuera         | <input type="checkbox"/> | 3 | Empleado(a) Doméstico(a)    | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Nieto o Nieta         | <input type="checkbox"/> | 4 | Miembro del Hogar Colectivo | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Padres o Suegros      | <input type="checkbox"/> | 5 |                             |                          |   |

2.- ¿ES HOMBRE O MUJER? Marque la casilla correspondiente

- Hombre  1      Mujer  2

3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE? Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".

Años cumplidos: \_\_\_\_\_

4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)

- SI  1
- Para ver (ceguera, sólo sombras)  1
  - Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones)  2
  - Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo)  3
  - Retardo mental  4
  - Enfermedad psiquiátrica (locura)  5
  - Múltiple (dos o más de las anteriores)  6
  - Otra (desfigurativas, órganos internos)  7
- NO  2  
Se Ignora  9

5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?

- Sólo Español  1
- Sólo Lengua Nativa  2      ¿Cuál lengua nativa? \_\_\_\_\_
- Sólo Idioma Extranjero  3
- Español y Lengua Nativa  4
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_  5

**Sr. Empadronador:**  
PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO ESTA PREGUNTA

6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?

- Indígena  1      ¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece? \_\_\_\_\_
- Negro (Afro-ecuatoriano)  2
- Mestizo  3
- Mulato  4
- Blanco  5
- Otro  6

7.- ¿DÓNDE NACIÓ?

- En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal  1
- En otro lugar del país  2
- En otro país (especifique) \_\_\_\_\_ Año que llegó al Ecuador \_\_\_\_\_
- Se ignora  9

8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?

- En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal  1
- En otro lugar del país  2
- En otro país (especifique) \_\_\_\_\_
- Se ignora  9

9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR? Si vive menos de 1 mes anote "00".

- Siempre  98
- Número de años \_\_\_\_\_
- Número de meses \_\_\_\_\_
- Se ignora  99

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

10.- HACE 5 AÑOS (EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?

- En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal  1
- En otro lugar del país  2
- En otro país (especifique) \_\_\_\_\_
- Se ignora  9

#### B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES

11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

- SI  1      NO  2      Se ignora  9

12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR? (Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado)

- Si asiste  1      No asiste  2      Se Ignora  9

13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ? Marque la casilla correspondiente.

- Ninguno  0
- Centro de Alfabetización  1
- Primario  2
- Secundario  3
- Educación Básica  4
- Educación Media  5
- Ciclo Post-Bachillerato  6
- Superior  7
- Postgrado  8
- Se Ignora  9

14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA? Marque la casilla correspondiente

- 00    01    02    03    04    05    06
- 07    08    09    10   Se ignora  99

15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?

SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR

- SI  1      NO  2      Se ignora  9

¿Qué título tiene?: \_\_\_\_\_

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)



**C. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS**

16.- ¿ES O FUE AFILIADO AL SEGURO SOCIAL? Marque una sola casilla.

SI .....  1      NO .....  2      Se Ignora .....  9

¿APORTA ACTUALMENTE? Marque una sola casilla

SI .....  1      NO .....  2      Se Ignora .....  9

17.- ¿ES MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN CAMPESINA?

SI .....  1      NO .....  2      Se Ignora .....  9

18.- ¿QUÉ HIZO LA SEMANA PASADA?

Lea las posibilidades de respuesta en el orden indicado: **TRABAJÓ** (al menos una hora), **TIENE TRABAJO PERO NO TRABAJÓ** (por enfermedad, vacaciones, huelga, etc.), **BUSCÓ TRABAJO HABIENDO TRABAJADO ANTES** (cesante), **BUSCÓ TRABAJO POR PRIMERA VEZ**, etc. Al recibir una respuesta, marque la casilla respectiva y pase a la pregunta que corresponda. Esta pregunta admite una sola respuesta.

- |   |                             |                            |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Trabajó (al menos una hora) .....                         | <input type="checkbox"/> 01 | } PASE A LA<br>PREGUNTA 20 |
| Tiene trabajo pero no trabajó .....                       | <input type="checkbox"/> 02 |                            |
| Buscó trabajo habiendo trabajado<br>antes (cesante) ..... | <input type="checkbox"/> 03 | } PASE A LA<br>PREGUNTA 19 |
| Buscó trabajo por primera vez .....                       | <input type="checkbox"/> 04 |                            |
| Sólo quehaceres domésticos .....                          | <input type="checkbox"/> 05 |                            |
| Sólo estudiante .....                                     | <input type="checkbox"/> 06 |                            |
| Sólo jubilado .....                                       | <input type="checkbox"/> 07 |                            |
| Sólo pensionista .....                                    | <input type="checkbox"/> 08 |                            |
| Impedido para trabajar .....                              | <input type="checkbox"/> 09 |                            |
| Otro (especifique) .....                                  | <input type="checkbox"/> 10 |                            |
| Se ignora .....   | <input type="checkbox"/> 99 |                            |

19.- ¿A LO MEJOR LA SEMANA PASADA REALIZÓ O AYUDÓ A REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD, AUNQUE SEA SIN REMUNERACIÓN?

Por ejemplo: sembró, cosechó, crió animales para la venta, lavó, planchó, cosió ropa ajena; capturó peces para la venta; ayudó en la atención de algún negocio; vendió comidas, artesanías, frutas, periódicos, ropa u otros artículos; cuidó o atendió niños o ancianos, curó a personas enfermas, ayudó a dar a luz a madres que no son parte de este hogar, o realizó otras actividades similares.

SI .....  1      → PASE A LA PREGUNTA 20

NO .....  2      {  
 CESANTES (03), PASE A LA PREGUNTA 20  
 MUJERES DE 12 AÑOS Y MAS, PASE A LA PREGUNTA 24  
 HOMBRES DE 12 AÑOS Y MAS, PASE A LA PREGUNTA 28  
 MENORES DE 12 AÑOS, TERMINE LA ENTREVISTA

20.- ¿CUÁL FUE LA PRINCIPAL OCUPACIÓN O TRABAJO QUE REALIZÓ DURANTE LA SEMANA PASADA O EL ÚLTIMO TRABAJO SI ESTUVO CESANTE?

Ejemplo: Profesor de primaria, albañil, peón agrícola, vendedor de comida, lavandera, coloca forros de volante, peluquero, modista, empleada doméstica, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21.- ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA O LA ÚLTIMA SEMANA SI ESTUVO CESANTE EN LA OCUPACIÓN INDICADA?

Número de horas: \_\_\_\_\_

22.- ¿A QUÉ SE DEDICA O QUÉ PRODUCE EL LUGAR, ESTABLECIMIENTO O NEGOCIO DONDE DESEMPEÑÓ LA OCUPACIÓN ANTES INDICADA?

Ejemplo: Enseñanza primaria, industria textil, comercio ambulante, ganadería, actividad pesquera, taller mecánico, sastrería, gabinete de belleza, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23.- ¿CUÁL FUE LA POSICIÓN O CATEGORÍA EN LA OCUPACIÓN QUE INDICA?

Lea las posibilidades de respuesta en el orden indicado y al recibir la respuesta, marque la casilla correspondiente

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| Patrono o socio activo .....               | <input type="checkbox"/> 1 |
| Cuenta propia .....                        | <input type="checkbox"/> 2 |
| <b>EMPLEADO O ASALARIADO:</b>              |                            |
| - del Municipio o Consejo Provincial ..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| - del Estado .....                         | <input type="checkbox"/> 4 |
| - del Sector Privado .....                 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Trabajador familiar sin remuneración ..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Se ignora .....                            | <input type="checkbox"/> 9 |

Para menores de 12 años, termine la entrevista

**D. CARACTERÍSTICAS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD**

24.- ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS HA TENIDO DURANTE TODA LA VIDA?

Ninguno .....  98      → PASE A LA PREGUNTA 28Número: \_\_\_\_\_ Se ignora .....  99

25.- ¿CUÁNTOS DE LOS HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS ESTAN VIVOS ACTUALMENTE?

Ninguno .....  98Número: \_\_\_\_\_ Se ignora .....  99

26.- ¿EN QUÉ FECHA TUVO SU ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

Fecha: \_\_\_\_\_

Mes

Año

27.- ¿ESTÁ VIVO EL ÚLTIMO HIJO O HIJA NACIDO VIVO?

SI .....  1      NO .....  2      Se ignora .....  9**E. ESTADO CIVIL O CONYUGAL**

28.- ACTUALMENTE ES: ¿UNIDO, SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO O SEPARADO? Marque una sola casilla.

- |                  |                            |                 |                            |
|------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Unido .....      | <input type="checkbox"/> 1 | Viudo .....     | <input type="checkbox"/> 5 |
| Soltero .....    | <input type="checkbox"/> 2 | Separado .....  | <input type="checkbox"/> 6 |
| Casado .....     | <input type="checkbox"/> 3 |                 |                            |
| Divorciado ..... | <input type="checkbox"/> 4 | Se Ignora ..... | <input type="checkbox"/> 9 |

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS EXCEPTO EL JEFE (A)

SOLO PARA MUJERES DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD, EXCEPTO LA JEFA DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD, EXCEPTO EL JEFE (A)



**VI. DATOS DE POBLACIÓN**  
**CUESTIONARIO PARA EL RESTO DE PERSONAS DEL HOGAR**

PERSONA No. \_\_\_\_\_ NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

1.- ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR? Marque la casilla correspondiente.

- |                       |                          |   |                             |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| Cónyuge o Conviviente | <input type="checkbox"/> | 1 | Otros Parientes             | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Hijo o Hija           | <input type="checkbox"/> | 2 | Otros No Parientes          | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Yerno o Nuera         | <input type="checkbox"/> | 3 | Empleado(a) Doméstico(a)    | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Nieto o Nieta         | <input type="checkbox"/> | 4 | Miembro del Hogar Colectivo | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Padres o Suegros      | <input type="checkbox"/> | 5 |                             |                          |   |

2.- ¿ES HOMBRE O MUJER? Marque la casilla correspondiente

- Hombre  1      Mujer  2

3.- ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE? Anote la edad al último cumpleaños. Para menores de 1 año, anote "00".

Años cumplidos: \_\_\_\_\_

4.- ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL? (DISCAPACIDAD)

- SI  1
- Para ver (ceguera, sólo sombras)  1
  - Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones)  2
  - Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudo)  3
  - Retardo mental  4
  - Enfermedad psiquiátrica (locura)  5
  - Múltiple (dos o más de las anteriores)  6
  - Otra (desfigurativas, órganos internos)  7
- NO  2  
Se Ignora  9

5.- ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA QUE HABLA?

- Sólo Español  1
- Sólo Lengua Nativa  2      ¿Cuál lengua nativa? \_\_\_\_\_
- Sólo Idioma Extranjero  3
- Español y Lengua Nativa  4
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_  5

**Sr. Empadronador:**  
**PARA NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 1 AÑO DEJE EN BLANCO ESTA PREGUNTA**

6.- CÓMO SE CONSIDERA: ¿INDÍGENA, NEGRO (Afro-ecuatoriano), MESTIZO, MULATO, BLANCO U OTRO?

- Indígena  1      ¿A qué Nacionalidad Indígena o Pueblo Indígena pertenece? \_\_\_\_\_
- Negro (Afro-ecuatoriano)  2
- Mestizo  3
- Mulato  4
- Blanco  5
- Otro  6

7.- ¿DÓNDE NACIÓ?

- En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal  1
- En otro lugar del país  2
- En otro país (especifique) \_\_\_\_\_ Año que llegó al Ecuador \_\_\_\_\_
- Se ignora  9

8.- ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE?

- En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal  1
- En otro lugar del país  2
- En otro país (especifique) \_\_\_\_\_
- Se ignora  9

9.- ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL LUGAR INDICADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR? Si vive menos de 1 mes anote "00".

- Siempre  98
- Número de años \_\_\_\_\_
- Número de meses \_\_\_\_\_
- Se ignora  99

PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FINALICE LA ENTREVISTA Y PASE A LA SIGUIENTE PERSONA

10.- HACE 5 AÑOS (EN NOVIEMBRE DE 1996) ¿EN QUÉ PARROQUIA RURAL O CABECERA CANTONAL VIVÍA HABITUALMENTE?

- En esta Parroquia Rural o Cabecera Cantonal  1
- En otro lugar del país  2
- En otro país (especifique) \_\_\_\_\_
- Se ignora  9

**B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES**

11.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? Si sólo lee o sólo escribe marque la casilla "NO"

- SI  1      NO  2      Se ignora  9

12.- ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA REGULAR? ( Centro de Alfabetización, Primario, Secundario, Educación Básica, Educación Media, Ciclo Post-Bachillerato, Superior, Postgrado )

- Si asiste  1      No asiste  2      Se Ignora  9

13.- ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ? Marque la casilla correspondiente.

- Ninguno  0
- Centro de Alfabetización  1
- Primario  2
- Secundario  3
- Educación Básica  4
- Educación Media  5
- Ciclo Post-Bachillerato  6
- Superior  7
- Postgrado  8
- Se Ignora  9

14.- ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN EL NIVEL QUE INDICA? Marque la casilla correspondiente

- 00    01    02    03    04    05    06
- 07    08    09    10   Se ignora  99

15.- ¿TIENE ALGÚN TÍTULO UNIVERSITARIO?

**SOLO PARA PERSONAS QUE HAN CULMINADO ESTUDIOS DEL NIVEL SUPERIOR**

- SI  1      NO  2      Se ignora  9

¿Qué título tiene?: \_\_\_\_\_

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA TODAS LAS PERSONAS, EXCEPTO EL JEFE (A)

PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD EXCEPTO EL JEFE (A)



