



República de Cuba  
Oficina Nacional de Estadísticas



**CENSO**  
DE POBLACIÓN Y VIVIENDAS  
CUBA - 2002

Questionario Censal Modelo C-1

Nº 2091475

Questionario No.: \_\_\_\_\_ Vivienda No.: \_\_\_\_\_  
Hoja No.: \_\_\_\_\_  
La información solicitada tiene carácter de obligatoriedad y confidencialidad (Acuerdo No. 4122 del 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros)

Sección I. Localización Geográfica y Dirección de la Unidad de Alojamiento																																																																		
Provincia:		Calle o Avenida:																																																																
Municipio:		Número:		Apartamento:	Piso:																																																													
Asentamiento:		P. Turquino: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Entrecalles:																																																														
Distrito:		Manzana:		Carreteras, caminos, km:																																																														
Circunscripción:		Consejo Popular:		Nombre de la finca o sitio:																																																														
Resumen del hogar																																																																		
Unidad de alojamiento No.	Hogar No.	Total de hogares	Total de personas en este hogar																																																															
			Por sexo		Por grupos de edades																																																													
			Total	Varones	Hembras	0-16	17-59	60 y más																																																										
Para uso de Oficina																																																																		
Plan Turquino		Consejo Popular		Circunscripción		Manzana																																																												
Sección II. Clasificación de las unidades de alojamiento																																																																		
Vivienda particular <input type="checkbox"/>		Local de Trabajo <input type="checkbox"/> (con residentes permanentes) Tipo y nombre del Local de Trabajo		Colectividad <input type="checkbox"/> (con residentes permanentes) Tipo y nombre de la Colectividad Código																																																														
Pase a la Sección III. Datos de la Vivienda Particular.		Pase a la Sección IV. Datos de la Persona.		Pase a la Sección IV. Datos de la persona.																																																														
Sección III. Datos de la Vivienda en Particular																																																																		
<b>1. Tipo de vivienda</b> (sólo una marca). -Casa ..... 1 <input type="checkbox"/> -Apartamento ..... 2 <input type="checkbox"/> -Habitación en cuartería o Casa de vecindad ..... 3 <input type="checkbox"/> -Bohío ..... 4 <input type="checkbox"/> -Improvisada ..... 5 <input type="checkbox"/> -Otra ..... 6 <input type="checkbox"/>		<b>B) ¿En las paredes y columnas?</b> -Humedad ..... 1 <input type="checkbox"/> -Abofados o desconchados ..... 2 <input type="checkbox"/> -Grietas ..... 3 <input type="checkbox"/> -Aceros expuestos ..... 4 <input type="checkbox"/> -Ninguno ..... 5 <input type="checkbox"/> <b>C) ¿Apuntalamiento?</b> -Interior Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> -Exterior Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>11. A) ¿La vivienda tiene baño o ducha con instalación de agua corriente y desagüe de uso?</b> (sólo una marca por inciso). -Exclusivo de la vivienda ..... 1 <input type="checkbox"/> -Común a varias viviendas ..... 2 <input type="checkbox"/> -No tiene ..... 3 <input type="checkbox"/> <b>B) El baño o ducha está ubicado</b> -Dentro de la vivienda ..... 1 <input type="checkbox"/> -Fuera de la vivienda ..... 3 <input type="checkbox"/>																																																														
<b>2. ¿La vivienda está ocupada por?:</b> (sólo una marca). -Residentes permanentes ..... 1 <input type="checkbox"/> -Residentes temporales ..... 2 <input type="checkbox"/> -Temporada ..... 3 <input type="checkbox"/> -Cerrada (ocupantes ausentes) ..... 4 <input type="checkbox"/> -Desocupada ..... 5 <input type="checkbox"/>		<b>6. A) ¿Qué cantidad de piezas tiene la vivienda?</b> (no cuenta baños, pasillos, balcones, piezas abiertas, tales como: portales, terrazas, galerías, etc.). <input type="text"/> <b>B) ¿Cuántas se utilizan habitualmente para dormir?</b> <input type="text"/> <b>C) ¿Cuántas son exclusivamente dormitorios o cuartos?</b> <input type="text"/>		<b>12. A) ¿Cuenta la vivienda con servicio sanitario de uso?</b> (sólo una marca por incisos). -Exclusivo de esta vivienda ..... 1 <input type="checkbox"/> -Común a varias viviendas ..... 2 <input type="checkbox"/> -No tiene ..... 3 <input type="checkbox"/> <b>B) ¿Qué tipo de servicio sanitario posee?</b> -Inodoro de agua ..... 1 <input type="checkbox"/> -Letrina sanitaria ..... 2 <input type="checkbox"/> -Excusado o Pozo negro ..... 3 <input type="checkbox"/> <b>C) ¿El servicio sanitario se encuentra?</b> -Dentro de la vivienda ..... 1 <input type="checkbox"/> -Fuera de la vivienda ..... 3 <input type="checkbox"/>																																																														
<b>3. ¿Cuál es la fecha de construcción de la vivienda?</b> (para casas y apartamentos; sólo una marca). -Antes de 1920 ..... 1 <input type="checkbox"/> -De 1920 a 1933 ..... 2 <input type="checkbox"/> -De 1934 a 1945 ..... 3 <input type="checkbox"/> -De 1946 a 1958 ..... 4 <input type="checkbox"/> -De 1959 a 1970 ..... 5 <input type="checkbox"/> -De 1971 a 1981 ..... 6 <input type="checkbox"/> -De 1982 a 1989 ..... 7 <input type="checkbox"/> -De 1990 a fecha del Censo ..... 8 <input type="checkbox"/> -No sabe ..... 9 <input type="checkbox"/>		<b>7. ¿Dispone la vivienda de local para cocinar de uso?</b> (sólo una marca). -Exclusivo de la vivienda ..... 1 <input type="checkbox"/> -Común a varias viviendas ..... 2 <input type="checkbox"/> -No tiene ..... 3 <input type="checkbox"/>		<b>13. ¿Cuál es la fuente de energía que utiliza para el alumbrado de la vivienda?</b> (sólo una marca). -Unión Eléctrica ..... 1 <input type="checkbox"/> -Planta industrial ..... 2 <input type="checkbox"/> -Luz brillante (kerosene) ..... 3 <input type="checkbox"/> -Minihidroeléctrica ..... 4 <input type="checkbox"/> -Paneles solares ..... 5 <input type="checkbox"/> -Biogás ..... 6 <input type="checkbox"/> -Planta propia ..... 7 <input type="checkbox"/> -Otra ..... 8 <input type="checkbox"/>																																																														
<b>4. ¿Cuál es el material predominante en:</b> (sólo una marca por inciso). <b>A) El techo?</b> -Placa o losa ..... 1 <input type="checkbox"/> -Teja ..... 2 <input type="checkbox"/> -Plancha de fibrocemento o metálica, etc. .... 3 <input type="checkbox"/> -Madera y papel embreado ..... 4 <input type="checkbox"/> -Guano ..... 5 <input type="checkbox"/> -Otro ..... 6 <input type="checkbox"/> <b>B) El piso?</b> -Losa, granito, mosaico, etc. .... 1 <input type="checkbox"/> -Cemento ..... 2 <input type="checkbox"/> -Madera ..... 3 <input type="checkbox"/> -Tierra ..... 4 <input type="checkbox"/> -Otro ..... 5 <input type="checkbox"/> <b>C) Las paredes exteriores?</b> -Hormigón, Mampostería ..... 1 <input type="checkbox"/> -Madera ..... 2 <input type="checkbox"/> -Yagua o tabla de palma ..... 3 <input type="checkbox"/> -Adobe o embarre ..... 4 <input type="checkbox"/> -Otro ..... 5 <input type="checkbox"/>		<b>8. ¿Cuál es la energía o combustible que más utiliza para cocinar?</b> (sólo una marca). -Electricidad ..... 1 <input type="checkbox"/> -Gas manufacturado (por tubería) ..... 2 <input type="checkbox"/> -Gas licuado (de balón) ..... 3 <input type="checkbox"/> -Luz brillante (kerosene) ..... 4 <input type="checkbox"/> -Petróleo ..... 5 <input type="checkbox"/> -Alcohol ..... 6 <input type="checkbox"/> -Leña, carbón de leña u otro ..... 7 <input type="checkbox"/> -Ninguno ..... 8 <input type="checkbox"/>		<b>14. ¿Cuál de los siguientes equipos tiene la vivienda?</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Equipamiento</th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) Radio</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b) Radio-grabadora con o sin CD</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c) Televisor en colores</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d) Televisor en blanco y negro</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e) Plancha eléctrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f) Refrigerador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g) Lavadora</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h) Máquina de coser manual/eléctrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i) Ventilador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j) Cocina eléctrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k) Licuadora o batidora</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l) Olla arrocera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>m) Aire acondicionado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>n) Videocasetera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>o) Computadora</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>p) Automóvil, camión o tractor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>q) Motocicleta o ciclomotor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>r) Teléfono particular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>s) Calentador de agua (fijo)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Equipamiento	Sí	No	a) Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Radio-grabadora con o sin CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Televisor en colores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Televisor en blanco y negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Plancha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Máquina de coser manual/eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Cocina eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) Licuadora o batidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Olla arrocera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Videocasetera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) Automóvil, camión o tractor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Motocicleta o ciclomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) Teléfono particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Calentador de agua (fijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamiento	Sí	No																																																																
a) Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
b) Radio-grabadora con o sin CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
c) Televisor en colores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
d) Televisor en blanco y negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
e) Plancha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
f) Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
g) Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
h) Máquina de coser manual/eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
i) Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
j) Cocina eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
k) Licuadora o batidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
l) Olla arrocera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
m) Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
n) Videocasetera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
o) Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
p) Automóvil, camión o tractor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
q) Motocicleta o ciclomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
r) Teléfono particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
s) Calentador de agua (fijo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<b>5. ¿Qué afectaciones presenta la vivienda?</b> (admite más de una marca por inciso). <b>A) ¿En el techo, vigas y entrepiso?</b> -Humedad ..... 1 <input type="checkbox"/> -Abofados o desconchados ..... 2 <input type="checkbox"/> -Grietas ..... 3 <input type="checkbox"/> -Aceros expuestos ..... 4 <input type="checkbox"/> -Ninguno ..... 5 <input type="checkbox"/>		<b>9. A) ¿Tiene la vivienda instalación de agua por tubería?</b> (sólo una marca por incisos). -Dentro de la vivienda ..... 1 <input type="checkbox"/> -Fuera de la vivienda ..... 2 <input type="checkbox"/> -No tiene ..... 3 <input type="checkbox"/> <b>B) La vivienda se abastece de agua por:</b> -Tubería ..... 1 <input type="checkbox"/> -Conducida por otro medio ..... 3 <input type="checkbox"/> <b>C) ¿El agua que se consume proviene de?</b> -Acueducto ..... 1 <input type="checkbox"/> -Pozo o aljibe ..... 2 <input type="checkbox"/> -Río o manantial ..... 3 <input type="checkbox"/> -Otra ..... 4 <input type="checkbox"/> <b>D) ¿Con qué frecuencia recibe el agua del acueducto?</b> -Diariamente ..... 1 <input type="checkbox"/> -En días alternos ..... 2 <input type="checkbox"/> -Semanal ..... 3 <input type="checkbox"/> -Otra ..... 4 <input type="checkbox"/>		<b>10. ¿Qué sistema de desagüe tiene la vivienda?</b> (sólo una marca). -Alcantarillado ..... 1 <input type="checkbox"/> -Fosa o tanque séptico ..... 2 <input type="checkbox"/> -Otros ..... 3 <input type="checkbox"/>																																																														



Sección IV. Datos de la persona																																																			
1. Persona No. <u>012</u>																																																			
Nombre(s) y Apellidos																																																			
2. ¿Qué parentesco o relación tiene con el jefe(a) del hogar -Esposa/o Compañera/o ..... 1 <input type="checkbox"/> -Hijo/a ..... 2 <input type="checkbox"/> -Hijastro/a ..... 3 <input type="checkbox"/> -Nuera o yerno ..... 4 <input type="checkbox"/> -Nieto/a ..... 5 <input type="checkbox"/> -Padres o suegros ..... 6 <input type="checkbox"/> -Otro pariente ..... 7 <input type="checkbox"/> -Otro no pariente ..... 8 <input type="checkbox"/> -Miembro de la colectividad ..... 9 <input type="checkbox"/> <b>Pase a pregunta 4</b>	<b>Para personas de 6 años y más</b> <b>11. ¿Cuál es el grado o año de estudio más alto aprobado?</b> -Ninguno ..... 0 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Primaria ..... 1 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 6) -Secundaria Básica ..... 2 <u>1</u> <input type="checkbox"/> (7 a 10) -Obrero Calificado ..... 3 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 5) -Preuniversitario ..... 4 <u>1</u> <input type="checkbox"/> (10 a 13) -Técnico Medio ..... 5 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 5) -Pedagogía Nivel Medio ..... 6 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 5) -Superior o Universitario ..... 7 <u>0</u> <input type="checkbox"/> (1 a 7)		<b>Para personas de 12 años y más</b> <b>16. ¿Cuál es su estado civil o conyugal?</b> (sólo una marca). -Casado /a ..... 1 <input type="checkbox"/> -Unido /a ..... 2 <input type="checkbox"/> -Divorciado /a ..... 3 <input type="checkbox"/> -Separado /a ..... 4 <input type="checkbox"/> -Viudo /a ..... 5 <input type="checkbox"/> -Soltero /a ..... 6 <input type="checkbox"/>																																																
	<b>3. Número de orden de la madre (o padre) y del cónyuge en el cuestionario</b> *si no forma parte de este hogar anote "00" -Hijo/a de ..... <u>  </u> <input type="checkbox"/> -Cónyuge de ..... <u>  </u> <input type="checkbox"/>	<b>12. ¿Cuál es el nivel educacional más alto que terminó completamente?</b> (sólo una marca). -Ninguno ..... 0 <u>0</u> <input type="checkbox"/> -Primaria ..... 1 <input type="checkbox"/> -Secundaria Básica ..... 2 <input type="checkbox"/> -Obrero Calificado ..... 3 <input type="checkbox"/> -Preuniversitario ..... 4 <input type="checkbox"/> -Técnico Medio ..... 5 <input type="checkbox"/> -Pedagogía Nivel Medio ..... 6 <input type="checkbox"/> -Superior o Universitario ..... 7 <input type="checkbox"/>		<b>Para personas de 15 años y más</b> <b>17. ¿Qué hizo la semana anterior al día 7 de septiembre?</b> -Trabajó ..... 01 <input type="checkbox"/> -Tenía trabajo pero no trabajó ..... 02 <input type="checkbox"/> -Buscaba trabajo porque lo había perdido ..... 03 <input type="checkbox"/> -Buscaba trabajo por primera vez ..... 04 <input type="checkbox"/> -Jubilado o Pensionado ..... 05 <input type="checkbox"/> -Rentista o Recibe ayuda económica ..... 06 <input type="checkbox"/> -Quehaceres del hogar ..... 07 <input type="checkbox"/> -Estudiante ..... 08 <input type="checkbox"/> -Incapacitado para el trabajo ..... 09 <input type="checkbox"/> -No realiza ninguna actividad ..... 10 <input type="checkbox"/> -En hospital, asilo o recluso que no trabaja ..... 11 <input type="checkbox"/> -Otra situación ..... 12 <input type="checkbox"/>																																															
<b>4. ¿Es varón o hembra? (sólo una marca).</b> -Varón ..... 1 <input type="checkbox"/> -Hembra ..... 3 <input type="checkbox"/>	<b>13. ¿Qué título o diploma académico obtuvo en el último nivel aprobado?</b> *Ejemplos: Técnico medio en contabilidad, Licenciado en Economía, Obrero calificado en soldadura. _____ _____ _____ según el clasificador		<b>18. ¿Cuál es la ocupación principal u oficio que realizó en ese trabajo?</b> *Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc. _____ _____ _____ según el clasificador																																																
<b>5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento y edad en años cumplidos?</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Edad _____	<b>14. ¿Sabe Ud. leer y escribir?</b> *Marque "Sí" sin preguntar al que aprobó segundo grado o más Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/>		<b>19. A) ¿Cuál es el nombre del lugar donde estuvo vinculado laboralmente en esa semana?</b> *Ejemplos: Combinado textil, Hospital materno, cafetería, trabajador individual, cooperativa, etc. _____ _____ _____ según el clasificador																																																
<b>6. ¿Cuál es el color de piel? (sólo una marca)</b> -Blanco ..... 1 <input type="checkbox"/> -Negro ..... 2 <input type="checkbox"/> -Mestizo o mulato ..... 3 <input type="checkbox"/>	<b>15. ¿Está matriculado actualmente en un centro educacional del Sistema Nacional de Educación o del extranjero?</b> (sólo una marca). Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/>		<b>B) ¿A qué se dedica dicho lugar?</b> *Ejemplos: ganadería, reparación de prendas de vestir, alimentación pública, servicios de alojamientos, etc. _____ _____ _____ según el clasificador																																																
<b>7. ¿Dónde residía su mamá cuando usted nació?</b> -En este municipio ..... 1 <input type="checkbox"/> -En otro municipio o país ..... 3 <input type="checkbox"/> (indique el municipio, provincia o país) Municipio _____ Provincia _____ País _____ -No sabe ..... 9 <input type="checkbox"/>	<b>9. ¿Cuánto tiempo ha vivido en este municipio desde que se trasladó del anterior municipio o país?</b> -Años ..... <u>  </u> <input type="checkbox"/> -Menos de un año ..... 00 <input type="checkbox"/> -No sabe ..... 99 <input type="checkbox"/>		<b>20. ¿Tiene una ocupación secundaria?</b> *Para que exista una ocupación secundaria el trabajador debe desempeñarse simultáneamente, en más de un empleo. Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/>																																																
<b>8. A) ¿Siempre ha vivido en este Municipio?</b> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> <b>B) ¿En qué municipio o país residía antes de trasladarse?</b> Municipio _____ Provincia _____ País _____ -No sabe ..... 9 <input type="checkbox"/>	<b>10. ¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Padecimientos</th> <th>Congénito</th> <th>Adquirido</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Deficiente permanente del habla o mudo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Débil auditivo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Sordo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Ciego</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Ausencia de extremidades superiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Invalidez de extremidades superiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Ausencia de extremidades inferiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Invalidez de extremidades inferiores</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i) Enfermo mental crónico</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j) Retraso mental</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k) Ninguno de los anteriores</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Padecimientos	Congénito	Adquirido	No sabe	a) Deficiente permanente del habla o mudo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	b) Débil auditivo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	c) Sordo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	d) Ciego	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	e) Ausencia de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	f) Invalidez de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	g) Ausencia de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	h) Invalidez de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	i) Enfermo mental crónico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	j) Retraso mental	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	k) Ninguno de los anteriores	9 <input type="checkbox"/>			<b>21. ¿Cuál es la ocupación u oficio que realizó en esa ocupación secundaria?</b> *Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc. _____ _____ _____ según el clasificador <b>Fin de la entrevista</b>
Padecimientos	Congénito	Adquirido	No sabe																																																
a) Deficiente permanente del habla o mudo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
b) Débil auditivo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
c) Sordo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
d) Ciego	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
e) Ausencia de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
f) Invalidez de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
g) Ausencia de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
h) Invalidez de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
i) Enfermo mental crónico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
j) Retraso mental	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																
k) Ninguno de los anteriores	9 <input type="checkbox"/>																																																		

**Sección IV. Datos de la persona**

1. Persona No. 0 | 3 |

Nombre(s) y Apellidos

**2. ¿Qué parentesco o relación tiene con el jefe(a) del hogar?**

-Hijo/a.....2

-Hijastro/a.....3

-Nuera o yerno.....4

-Nieto/a.....5

-Padres o suegros.....6

-Otro pariente.....7

-Otro no pariente.....8

-Miembro de la colectividad.....9

Pase a pregunta 4

**3. Número de orden de la madre (o padre) y del cónyuge en el cuestionario**

\*si no forma parte de este hogar anote "00"

-Hijo/a de.....

-Cónyuge de.....

**4. ¿Es varón o hembra? (sólo una marca).**

-Varón.....1

-Hembra.....3

**5. ¿Cuál es la fecha de nacimiento y edad en años cumplidos?**

Día  Mes  Año

Edad

**6. ¿Cuál es el color de piel? (sólo una marca)**

-Blanco.....1

-Negro.....2

-Mestizo o mulato.....3

**7. ¿Dónde residía su mamá cuando usted nació?**

-En este municipio.....1

-En otro municipio o país.....3

(indique el municipio, provincia o país)

Municipio

Provincia

País

-No sabe.....9

Pase a la pregunta 8

**8. A) ¿Siempre ha vivido en este Municipio?**

Sí 1  No 3

**B) ¿En qué municipio o país residía antes de trasladarse?**

Municipio

Provincia

País

-No sabe.....9

**9. ¿Cuánto tiempo ha vivido en este municipio desde que se trasladó del anterior municipio o país?**

-Años.....

-Menos de un año.....00

-No sabe.....99

**10. ¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?**

Padecimientos	Congénito	Adquirido	No sabe
a) Deficiente permanente del habla o mudo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Débil auditivo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Sordo	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Ciego	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Ausencia de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Invalidez de extremidades superiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Ausencia de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Invalidez de extremidades inferiores	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Enfermo mental crónico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Retraso mental	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
k) Ninguno de los anteriores	9 <input type="checkbox"/>		

**Para personas de 6 años y más**

**11. ¿Cuál es el grado o año de estudio más alto aprobado?**

-Ninguno.....0 | 0 |

-Primaria.....1 | 0 |

(1 a 6)

-Secundaria Básica.....2 | |

(7 a 10)

-Obrero Calificado.....3 | 0 |

(1 a 5)

-Preuniversitario.....4 | |

(10 a 13)

-Técnico Medio.....5 | 0 |

(1 a 5)

-Pedagogía Nivel Medio.....6 | 0 |

(1 a 5)

-Superior o Universitario.....7 | 0 |

(1 a 7)

Pase a la pregunta 14

**12. ¿Cuál es el nivel educacional más alto que terminó completamente? (sólo una marca).**

-Ninguno.....0

-Primaria.....1

-Secundaria Básica.....2

-Obrero Calificado.....3

-Preuniversitario.....4

-Técnico Medio.....5

-Pedagogía Nivel Medio.....6

-Superior o Universitario.....7

Pase a la pregunta 14

**13. ¿Qué título o diploma académico obtuvo en el último nivel aprobado?**

\*Ejemplos: Técnico medio en contabilidad, Licenciado en Economía, Obrero calificado en soldadura.

según el clasificador

**14. ¿Sabe Ud. leer y escribir?**

\*Marque "SI" sin preguntar al que aprobó segundo grado o más

Sí 1  No 3

**15. ¿Está matriculado actualmente en un centro educacional del Sistema Nacional de Educación o del extranjero?** (sólo una marca).

Sí 1  No 3

**Para personas de 12 años y más**

**16. ¿Cuál es su estado civil o conyugal? (sólo una marca).**

-Casado /a.....1

-Unido /a.....2

-Divorciado /a.....3

-Separado /a.....4

-Viudo /a.....5

-Soltero /a.....6

**Para personas de 15 años y más**

**17. ¿Qué hizo la semana anterior al día 7 de septiembre?**

-Trabajó.....01

-Tenía trabajo pero no trabajó.....02

-Buscaba trabajo porque lo había perdido.....03

-Buscaba trabajo por primera vez.....04

-Jubilado o Pensionado.....05

-Rentista o Recibe ayuda económica.....06

-Quehaceres del hogar.....07

-Estudiante.....08

-Incapacitado para el trabajo.....09

-No realiza ninguna actividad.....10

-En hospital, asilo o recluso que no trabaja.....11

-Otra situación.....12

Pase a pregunta 18

**18. ¿Cuál es la ocupación principal u oficio que realizó en ese trabajo?**

\*Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc.

según el clasificador

**19. A) ¿Cuál es el nombre del lugar donde estuvo vinculado laboralmente en esa semana?**

\*Ejemplos: Combinado textil, Hospital materno, cafetería, trabajador individual, cooperativa, etc.

**B) ¿A qué se dedica dicho lugar?**

\*Ejemplos: ganadería, reparación de prendas de vestir, alimentación pública, servicios de alojamientos, etc.

según el clasificador

**20. ¿Tiene una ocupación secundaria?**

\*Para que exista una ocupación secundaria el trabajador debe desempeñarse simultáneamente, en más de un empleo.

Sí 1  No 3

Fin de la entrevista.

**21. ¿Cuál es la ocupación u oficio que realizó en esa ocupación secundaria?**

\*Ejemplos: electricista enrollador, maestro, secretaria, etc.

según el clasificador

Fin de la entrevista

Revisión primaria

Nombre y apellidos del enumerador  Fecha de la enumeración  Supervisor  Oficina de Área

Día  Mes