



Municipalidad de
Carmen del Paraná



Centro de Salud
Carmen del Paraná

Consejo Local de Salud

CENSO SOCIO-SANITARIO 2004
Carmen del Paraná - Itapúa

Número de cuestionario: _____

Fecha de la entrevista: ____/____/____

Código del entrevistador: _____

Hora de inicio de la entrevista: _____

Esta vivienda es/está: Habitada 1 Deshabitada 2 Comercio 3 Colectiva (Instituciones) 4

Cantidad de familia/s: _____

Nombre del entrevistado/a (familia): _____

E01: ¿Quién es el responsable de la familia?:
Nombre y Apellido: _____

E02: No. de Miembros de la Familia: _____

A. Ubicación Geográfica del hogar

E03: Zona Urbana 1 Rural 2

E04: Barrio: San Miguel 1
 Loma Clavel 2
 San Isidro 3
 San Roque 4
 San Blás 5
 Barrio Obrero 6

E05: Calle: _____

E06: Nro.
Manzana:

E07: Compañía (*): _____ Código Compañía:

(*): Solo para la zona rural

B. Características de la Vivienda

E08 ¿Cuál es su fuente de abastecimiento de agua? Pozo 1 Tajamar 2 Essap, Junta Saneamiento 3 Agua de río, arroyo 4 Otro _____ 5 (especificar)	E09 ¿Que tipo de servicio sanitario tiene su vivienda? Baño moderno con pozo ciego 1 Baño moderno sin pozo ciego 2 Letrina tipo municipal (con loza) 3 Letrina común 4 Otro _____ 5 (especificar)	E10 ¿Tiene luz eléctrica? Sí 1 No 2 E11 Promedio de consumo de energía eléctrica (mirar factura de ANDE) _____ Kw
---	---	---

E12 ¿En su casa tiene animales?

Tipo	Cantidad		Vacunados	
	Sí	No	Si	No
Perro	1	2	_____	1 2
Gato	1	2	_____	1 2



C. Datos Sanitarios de la familia

E13 Esta Ud., su compañero /a, su esposo /a o sus hijos asegurados/as a:

- Seguro privado1
- IPS2
- Sanidad policial/militar3
- Otro4
- (especificar)
- Ninguno5
- * Puede marcar más de una opción

E14 ¿Si necesitara atención médica acudiría al Centro de Salud de Carmen del Paraná?

- Sí1¿Por qué?
- No2¿Por qué?
1. No tiene dinero
2. Le queda lejos
3. No tuvo tiempo
4. Se automedicó
5. Mala atención del servicio
6. No confía
7. Falta médico
8. Otros

E15 ¿Cuál de estos servicios sabe Ud. que se brinda en el Centro de Salud de Carmen del Paraná?

- Control del Embarazo (Pre Natal)1
- Vacunación2
- Consulta Médica General3
- Planificación Familiar (para no tener hijos)4
- PAP5
- Parto6
- Control Parto7
- Odontología8
- Laboratorio9
- Otro10

E16 ¿En su familia, hay personas con enfermedades específicas que Ud. Conoce?

	Sí	No
Hipertensión o Presión Alta	1	2
Diabetes (azúcar)	1	2
Tos crónica de mas de 15 días	1	2
Enfermedades Mentales	1	2
Cáncer	1	2
Bocio (Ju'ai)	1	2
Ceguera / Problemas de la visión	1	2
Discapacidad física / mental	1	2

E17 ¿Estaría interesado/a en un seguro local de salud?

- Si1
- No2

E18 ¿Cuanto estaría dispuesto a pagar por la atención de toda su familia?

- 10.000 Gs.1
- 20.000 Gs.c2
- Mas de 20.000 Gs.3



Municipalidad de
Carmen del Paraná



Centro de Salud
Carmen del Paraná

Consejo Loca de Salud

E19 Datos de Personas (incluir a todas las personas, también la entrevistada)

	Preguntar a todas las personas de la vivienda							Preguntar a todas las mujeres mayores de 15 años		Preguntar solamente a niños menores 5 años	Preguntar a niños mayores de 5 años		
		Fecha Nacimiento	Sexo	Documentos		Educación	Ocupación	Oficio/Profesión	¿Cuánto se hizo el PAP?	¿Está usted embarazada actualmente?	¿Está vacunado?	¿Los/as niños/as asisten a la escuela?	
N°	Nombre y Apellido	Día/mes/año	1. Fem. 2. Masc.	Certificado Nacimiento 1. Sí 2. No	Cédula Identidad 1. Sí 2. No	1. Analfabeto 2. Primario parcial 3. Primario 4. Secundario Parcial 5. Secundario 6. Universitario 7. Técnico 8. Otros	1. Desempleado 2. Trabajo Ocasional (changas) 3. Empleado 4. Funcionario Público 5. Jubilado 6. Ama de casa 7. Independiente	1. Agricultor/ Estanciero 2. Profesional no titulado 3. Profesional titulado (especificar) 4. Changador 5. Estudiante 6. Otros (especificar)	0. Nunca 1. Menos de 1 año 2. Mas de 1 año	1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. No	1. Sí 2. No	1.Si 2.No	(Especificar Nombre de la Escuela)
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10													
11													
12													

E20 : Hora y minuto en que se terminó la entrevista ____: ____

Muchas gracias por su cooperación y por contestar a las preguntas.

Código del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____