

CENSO SOCIO-SANITARIO 2005 - GUAZÚ CORA - VILLETA

Número de cuestionario: _____ Fecha de la entrevista: ____/____/____ Código del entrevistador: _____

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

Nombre del entrevistado/a (familia): _____

E01: ¿Quién es el responsable de la familia?: Nombre y Apellido:_____	E02: N° de miembros de la Familia: _____
A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOGAR	
E03: Referencias sobre la ubicación de la vivienda: : _____ _____ _____	
E04: Número de vivienda: _____	E05. Zona <u>Rural</u>

B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA													
E06: SU VIVIENDA ES:		E07: SU TERRENO ES:		E08: CUAL ES EL TIPO DE MATERIAL DEL:									
Propia	1	Propiedad	1	TECHO		PISO		PARED					
Alquilada	2	Fiscal	2	Material	1	Material	1	Ladrillo	1				
Prestada	3	Municipal	3	Paja	2	Tierra	2	Madera	2				
Otro (especificar)	4	Otros (especificar)	4	Otro (especificar)	3	Otro (especificar)	3	Otro (especificar)	3				
_____		_____		_____		_____		_____					
E09: CUAL ES LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA?			E10: QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO TIENE SU VIVIENDA?			E11: CÓMO ES EL SISTEMA DE AGUAS SERVIDAS?							
Pozo	1	Baño moderno con pozo ciego	1	Derraman en el patio						1			
Aljibe	2	Baño moderno sin pozo ciego	2	Derraman en la calle						2			
Aguatero	3	Letrina tipo municipal (con loza)	3	Pozo ciego						3			
Tajamar	4	Letrina común	4	Otro (especificar)						4			
ESSAP, SANASA o Red privada	5	Otro (especificar)	5	_____									
Agua de Río, Arroyo	6	_____											
Otro (especificar)	7	_____											

E12: CÓMO ELIMINAN LA BASURA			E13: TIENE EN SU HOGAR										
			SÍ			NO			CANT.				
									SÍ				
									NO				
									CANT.				
Recolección	1	Electricidad	1	6		Lavarropa	1	6	_____				
Entierra	2	Teléfono	1	6	_____	Plancha	1	6	_____				
Quema	3	Radio	1	6	_____	Auto	1	6	_____				
Tira	4	Vídeo	1	6	_____	Moto	1	6	_____				
Otro (especificar)	5	Televisor	1	6	_____	Bicicleta	1	6	_____				
_____		Heladera	1	6	_____	Carro	1	6	_____				
E14: CUÁL ES EL NÚMERO DE CAMAS?			E16: EN SU CASA TIENE ANIMALES?							SI (1) - NO (6)			
			Tipo			Cantidad			Vacunados				
Número de camas: _____			Perro			_____			Sí		No		
			Gato			_____			Sí		No		
E15: CUÁL ES EL NÚMERO DE DORMITORIOS?			Vaca			_____			Sí		No		
			Caballo			_____			Sí		No		
Número de dormitorios: _____			Conejo			_____							
			Cerdo			_____							
			Oveja			_____							
			Aves de corral			_____							
E17: ¿CUÁL ES EL INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE SU FAMILIA?					E18: ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA O PERIODICIDAD DE RECIBO DEL INGRESO?								
Menos de 500.000 Gs.					1		Semanal					1	
Entre 500.000 y 1.000.000 Gs.					2		Mensual					2	
Más de 1.000.000 Gs.					3		Semestral o por cosecha					3	

		Anual	4
--	--	-------	---

C. DATOS SANITARIOS DE LA FAMILIA

E19 ESTA UD., SU COMPAÑERO/A, SU ESPOSO/A O SUS HIJOS ASEGURADOS/A A:

Seguro privado1

IPS2

Sanidad policial/militar3

Otro (especificar)4

Ninguno5

Cantidad personas

(*) Puede marcar más de una opción

E20 SI NECESITARA ATENCIÓN MÉDICA A DÓNDE ACUDIRÍA?

IPS

1

Puesto de Salud

2

Centro de Salud

3

Hospital Nacional de Itauguá

4

Servicio Privado

5

Farmacéutico

6

Curandero

7

Otro (especificar)8

E21: LA ÚLTIMA VEZ QUE UN INTEGRANTE DE SU FAMILIA NECESITABA ATENCIÓN MÉDICA ¿HA ACUDIDO AL SERVICIO DE SALUD?

Si1

No6

E22: ¿CUÁNDO FUE ESA ÚLTIMA VISITA MÉDICA?

Menos de 1 mes1

Entre 1 mes y 6 meses2

Más de 6 meses y 1 año3

Más de 1 año4

E23: ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE DICHA CONSULTA?

Control pre-natal1

Vacunación2

Consulta médica general3

Planificación familiar4

PAP5

Parto6

Control Puerperio7

Odontología8

Otro (especificar)9

E24: ¿POR QUÉ NO SE ACUDIÓ?

No tiene dinero1

Falta de transporte2

No tuvo tiempo3

Se automedicó4

Mala atención del servicio5

Otro (especificar)6

E25: EN SU FAMILIA ¿HUBO CASOS DE FALLECIMIENTOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

1. Si

6. No

SEXO 1. Femenino 6. Masculino	EDAD	CAUSA 1. Accidentes 2. Diarrea 3. Enfermedad respiratoria – IRA 4. Cáncer 5. Complicaciones del Embarazo, Parto o Posparto 6. Otra causa, especificar

E. Datos de personas (incluir a todas las personas, también la entrevistada)

	Preguntar a todas las personas de la vivienda									A todas las mujeres	Solamente a las mujeres en edad fértil (12 – 49 años)							
	PERSONAS DE 12 O MÁS AÑOS	1. Familiar directo 2. Familiar indirecto 3. No es familiar	Fecha de Nacimiento	1. Femenino 6. Masculino	1 Analfabeto 2 Primario 3 Primario 4 Secundario Parcial 5 Secundario 6 Universitario 7 Técnico 8 Otros	1. Desempleado 2. Trabajo Ocasional (chan-gas) 3. Empleado 4. Funcionario Público 5. Jubilado 6. Ama de casa 7. Independiente	1. Agricultor/ Estanciero 2. Profesional no titulado 3. Profesional titulado (Esp) 4. Changador 5. Estudiante 6. Otros (espe-cificar)	1. Drogadicción 2. Presión alta 3. Diabetes 4. Asma bronquial 5. Tabaquismo 6. Cáncer 7. Alcoholismo 8. Lepra 9. Bocio 10. Otra	0 No tiene 1 Física 6 Mental	0. Nunca 1. Menos de 1 año 2. Mas de 1 año	1. Pastilla o Inyectable 2. DIU (espiral) 3. Condón 4. Ligadura de trompas 5. Otro Espec 6. No utiliza	Indicar cantidad en núme-ro	Indicar cantidad de nacidos vivos	1. Antes del 4to mes 2. Después del 4to mes	1. Domici-lio 2. Depen-dencias del MSPyBS 3. IPS 4. Otro	1. 1er Trimestre 2. 2do Trimestre 3. 3er Trimestre 4 No	1. Ninguno 2. una vez 3. dos veces 4. mas de dos veces	
N°	Nombre y Apellido	Parentesco con el responsable	Día/mes/año	Sexo	Educación	Ocupación	Oficio/Profesión	¿Tiene ahora alguna de estas enfermedades?	Discapacidad	Cuando se hizo el PAP?	¿Qué méto-do anticon-ceptivo utiliza?	¿Cuántos embara-zos tuvo?	¿Cuántos hijos/as tiene?	¿Cuándo empezó su control prenatal en su último embarazo	¿En qué lugar se realizó el parto?	¿Está usted embara-za actual-mente?	Si está embara-za ¿Cuán-tos contro-les ya realizó?	
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		

Marcar con X si se utiliza hoja adicional ()

	Preguntar solamente a niños/as de 5 años o menos Completar solamente con tarjeta de vacunación. En caso de no tener tarjeta dejar en blanco	
--	--	--

	MENORES HASTA 11 AÑOS No					BCG 1. 1ra.dosis 2. Refuerzo		SABIN 1. 1ra dosis 2. 2da dosis 3. 3ra dosis 4. 1er refuerzo 5. 2do refuerzo						
	Nombre y apellido	Fecha de Nacimiento Dia/Mes/año	Sexo 1. Fem. 6. Masc	Esta inscripto en el Registro civil? 1. Si 6. No	Esco- laridad (Indicar de 0 a 9 según grado comple- tado)		DPT- Penta Triple 1. 1ra dosis 2. 2da dosis 3. 3ra dosis 4. 1er refuerzo 5. 2do refuerzo		Antitetánica Fecha Aproximada de la última vacuna	Antisarampionosa 1. 1ra dosis 2. Refuerzo	Control médico en el Hospital Tiempo transcurrido de la ultima consulta 1. Menos de 6 meses 2. Entre 6 meses y 1 año 3. Más de 1 año	Cuanto tiempo tomó leche materna 0. No 1. Menos de 6 meses 2. 6 o más meses	¿Se internó en los últimos 6 meses? 1. Si 6. No	Causa de la interna- ción 1. Diarrea 2. IRA 3. Otros
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														

E: Hora y minuto en que se terminó la entrevista ____:____. Marcar con X el dato si se utiliza hoja adicional ()

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

Código del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: