

CENSO SOCIO-SANITARIO 2005 - NARANJAISY - 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: Nº 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 _____	3	Otro (especificar) 3 _____	3	Otro (especificar) 3 _____	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		1			
Aljibe	2	Baño moderno sin pozo ciego	2	Derraman en la calle		2		2			
Aguatero	3	Letrina tipo municipal (con loza)	3	Pozo ciego		3		3			
Tajamar	4	Letrina común	4	Otro (especificar)		4		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			
E15: CUÁL ES EL NÚMERO DE DORMITORIOS?				Gato		_____	Sí	No			
Número de dormitorios: _____				Vaca		_____	Sí	No			
				Caballo		_____	Sí	No			
				Conejo		_____					
				Cerdo		_____					
				Oveja		_____					
				Aves de corral		_____					

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 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 (Esp) 4. Changador 5. Estudiante 6. Otros (especificar)	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 número	Indicar cantidad de nacidos vivos	1. Antes del 4to mes 2. Después del 4to mes	1. Domicilio 2. Dependencias 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
Nº	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 método anticonceptivo utiliza?	¿Cuántos embarazos tuvo?	¿Cuántos hijos/as tiene?	¿Cuándo empezó su control prenatal en su último embarazo	¿En qué lugar se realizó el parto?	¿Está usted embarazada actualmente?	Si está embarazada ¿Cuántos controles ya realizó?
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
11.																	
12.																	
13.																	
14.																	
15.																	
16.																	
17.																	
18.																	
19.																	
20.																	

Consejo Local de Salud – Subconsejo de Salud de Naranjaisy
Apoyo Técnico CIRD/USAID

							Preguntar solamente a niños/as de 5 años o menos										
							Completar solo con tarjeta de vacunación. En caso de no tener tarjeta dejar en blanco										
1.	MENORES HASTA 11 AÑOS Nombre y apellido	Fecha de Nacimiento Día/Mes/año	Sexo 1. Fem. 6. Masc	Esta inscripto en el Registro civil? 1. Si 6. No	Escolaridad (Indicar de 0 a 9 según grado completado)	Para niños de 5 y 6 años		BCG 1. 1ra.dosis 2. Refuerzo	DPT- Penta Triple 1. 1ra dosis 2. 2da dosis 3. 3ra dosis 4. 1er refuerzo 5. 2do refuerzo	SABIN 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 última 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 internación 1. Diarrea 2. IRA 3. Otros	
						Asisten al pre-escolar 1 Si 6 No	Porque no asiste 1 Economico 2 Familiar 3 Otro.....										
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

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: