

CENSO SOCIO-SANITARIO 2005 - 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: Zona Urbana
E03.1: Barrio: _____
E03.2: Nro. Manzana: _____
E03.3: Calle: _____
E03.4: Número de vivienda: _____

B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

E04: SU VIVIENDA ES:		E05: SU TERRENO ES:		E06: 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

E07: CUAL ES LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA?		E08: QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO TIENE SU VIVIENDA?		E09: 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	_____			

E10: CÓMO ELIMINAN LA BASURA			E11: 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	_____

E12: CUÁL ES EL NÚMERO DE CAMAS?		E13: EN SU CASA TIENE ANIMALES? SI (1) - NO (6)			
		Tipo		Cantidad	Vacunados
Número de camas: _____		Perro	_____	_____	Sí No
E14: CUÁL ES EL NÚMERO DE DORMITORIOS?		Gato	_____	_____	Sí No
		Vaca	_____	_____	Sí No
Número de dormitorios: _____		Caballo	_____	_____	Sí No
		Conejo	_____	_____	
		Cerdo	_____	_____	
		Oveja	_____	_____	
		Aves de corral	_____	_____	

E15: ¿CUÁL ES EL INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE SU FAMILIA?		E16: ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA O PERIODICIDAD DE RECIBO DEL INGRESO?		
Menos de 500.000 Gs.	1	Semanal	_____	1
Entre 500.0000 y 1.000.000 Gs.	2	Quincenal	_____	2
Más de 1.000.000 Gs.	3	Mensual	_____	3
		Semestral o por cosecha	_____	4
		Anual	_____	5

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 parcial 3. Primario 4. Secundario Parcial 5. Secundario 6. Universitario 7. Técnico 8. Otros	1. Desempleado Ocasional (changas) 3. Empleado Público 4. Funcionario 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 15. Ninguna	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
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
11.																	
12.																	
13.																	
14.																	
15.																	
16.																	
17.																	
18.																	
19.																	
20.																	

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

	MENORES HASTA 11 AÑOS Nombre y apellido	Fecha de Nacimiento Dia/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 Económico 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: