

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 8 A 12C) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 13 A 28)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	Ya sea que (NOMBRE) trabaje o no ¿Recibe ingresos por otros trabajos o negocios, pensiones, ayuda de familiares, propinas, beca, renta de alguna propiedad u otra fuente?		FUENTE:										PERIODICIDAD:		
			1. Otro empleo 2. Negocio/tierra / propiedad 3. Ayuda de familiares y amigos del país 4. Ayuda de familiares y amigos del exterior 5. Alquileres y arrendamientos (casas, vehículos, tierra) 6. Intereses (ahorros, certificados, préstamos) 7. Dividendos de empresas 8. Pensiones y jubilaciones 9. Pensiones por divorcios 10. Horas extras 11. Propinas 12. Becas 13. Asistencia Social 96. Otra _____ (Especifique)										1. Mensual 2. Semanal 3. Quincenal 4. Anual SI DICE QUE "DIARIO" PREGUNTE DURANTE CUANTOS DIAS A LA SEMANA Y HAGA EL CALCULO SEMANAL.		
			EN CASO DE QUE SE HAYA REPORTADO UNA FUENTE DE INGRESO, PERO NO SE SABE EL MONTO, AMOTE "999998".												
(8)		PRIMERA FUENTE			SEGUNDA FUENTE			TERCERA FUENTE			CUARTA FUENTE				
		(9A)	(9B)	(9C)	(10A)	(10B)	(10C)	(11A)	(11B)	(11C)	(12A)	(12B)	(12C)		
		FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.	FUENTE	MONTO RD\$:	PERIOD.		
01	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
02	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
03	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
04	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
05	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
06	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
07	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
08	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
09	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 13 A 28) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 29 A 34A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 30 días, ¿Tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental (incluyendo gripe, diarrea, etc.) problemas en el embarazo, accidentes, etc., por la cual no estuvo inter-no(a)?	¿Cuándo tuvo (NOMBRE) ese problema de salud? A. EN ESTA ULTIMA SEMANA B. HACE 1 - 2 SEMANAS C. HACE 2 - 3 SEMANAS D. HACE 3 - 4 SEMANAS X. NO SABE	¿Qué enfermedad o problemas de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MAS GRAVE)	¿Padece (NOMBRE) de alguna enfermedad crónica como: DIABETES (AZUCAR)..... A TUBERCULOSIS..... B EPILEPSIA (ATAQUE/GOTA)..... C HIPERTENSION (PRESION ALTA)..... D ASMA (PECHO APRETADO)..... E ARTRITIS (REUMATISMO)..... F CANCER (TUMORES)..... G ENFERMEDAD MENTAL (DEMENCIA)..... H PROBLEMAS DEL CORAZON O CIRCULATORIOS (SOPLA, INFARTO, ETC)..... I ENFERMEDADES DE LOS RINONES..... J OTRAS..... X	SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		¿Consultó (NOMBRE) a un médico u otra persona por motivo de ese problema de salud (enfermedad) en los últimos 30 días?	¿Por qué razón (NOMBRE) no consultó? SI NO SABE, ANOTE "98"	¿Cuánto se gastó en medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta? SI "EN EL HOGAR", ANOTE CODIGO Y PASE A P26
					SI "2" EN P13 Y "YYY" EN P15, PASE A PROX. PERSONA, DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Por causa de ese problema de salud cuántos días estuvo (NOMBRE) incapacitado(a) para realizar sus actividades normales (tales como ir al trabajo o a la escuela) en los últimos 30 días?	¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal dejó de recibir (NOMBRE) durante el tiempo que tuvo ese problema de salud, en los últimos 30 días?				
(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
01	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA	RAZON:	RDS:	LUGAR:	
02	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
03	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
04	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
05	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				
06	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X	PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO...95 PERSONA CONSULTADA				

304

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 13 A 28) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 29 A 34A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 30 días, ¿tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental (incluyendo gripe, diarrea, etc.) problemas en el embarazo, accidentes, etc., por la cual no estuvo inter-no(a)?	¿Cuándo tuvo (NOMBRE) ese problema de salud? A. EN ESTA ULTIMA SEMANA B. HACE 1 - 2 SEMANAS C. HACE 2 - 3 SEMANAS D. HACE 3 - 4 SEMANAS X. NO SABE	¿Qué enfermedad o problemas de salud tuvo (NOMBRE) en los últimos 30 días? (SI MAS DE UNO, ANOTE EL QUE LA PERSONA CONSIDERE MAS GRAVE)	¿Padece (NOMBRE) de alguna enfermedad crónica como:		SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS		¿Consultó (NOMBRE) a un médico u otra persona por motivo de ese problema de salud (enfermedad) en los últimos 30 días?	¿Por qué razón (NOMBRE) no consultó? SI NO SABE, ANOTE "98"	¿Cuánto se gastó en medicamentos, transporte u otras cosas para tratar los problemas de salud de (NOMBRE) en los últimos 30 días? SI NO PAGO, ANOTE "0000"	¿Dónde tuvo lugar la primera consulta? SI "EN EL HOGAR", ANOTE CODIGO Y PASE A P26
				DIABETES (AZUCAR)..... A TUBERCULOSIS..... B EPILEPSIA (ATAQUE/GOTA)..... C HIPERTENSION (PRESION ALTA)..... D ASMA (PECHO APRETADO)..... E ARTRITIS (REUMATISMO)..... F CANCER (TUMORES)..... G ENFERMEDAD MENTAL (DEMENCIA)..... H PROBLEMAS DEL CORAZON O CIRCULATORIOS (SOPLO, INFARTO, ETC)..... I ENFERMEDADES DE LOS RINONES..... J OTRAS..... X	¿De alguna(s) otra(s)? (LEA LAS ALTERNATIVAS SOLO UNA VEZ)	SI "2" EN P13 Y "YYY" EN P15, PASE A P15, PERSONA, DE LO CONTRARIO PREGUNTE: ¿Por causa de ese problema de salud cuántos días estuvo (NOMBRE) incapacitado(a) para realizar sus actividades normales (tales como ir al trabajo o a la escuela) en los últimos 30 días?	¿qué proporción del ingreso o sueldo normal dejó de recibir (NOMBRE) durante el tiempo que tuvo ese problema de salud, en los últimos 30 días?				
	(13)	(13A)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
07	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA	RAZON:	RDS:	LUGAR:	
08	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				
09	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				
10	SI NO 1 2 (PASE A P15)←	A B C D X		PRIMERA SEGUNDA TERCERA NINGUNA YYY	DIAS..... NINGUNO..00→P18	NO TRABAJA....996	NO CONSULTO....95 PERSONA CONSULTADA				

NOTA PARA P13A

A QUIEN CONSULTO (P18):

RAZON NO CONSULTO (P19):

LUGAR DE LA CONSULTA (P21)

- CIRCULE TODAS LAS LETRAS CORRESPONDIENTES A TODAS LAS SEMANAS QUE ESTUVO ENFERMO(A).
- 01....MEDICO
 - 02....DENTISTA
 - 03....ENFERMERA
 - 04....SICOLOGO(A)
 - 05....NATURISTA (NO MEDICO)
 - 06....FARMACEUTICO(A)
 - 07....PROMOTOR(A) DE SALUD
 - 08....COMADRONA
 - 09....CURANDERO
 - 10....FAMILIAR
 - 96....OTRO
 - 98....NO SABE

- 01....HORARIO INCONVENIENTE
- 02....NO PENSO QUE ERA NECESARIO
- 03....SOLUCIOMO EL PROBLEMA EL(ELLA) MISMO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA
- 04....SERVICIOS DE SALUD MUY LEJANOS
- 05....AUSENCIA DE MEDICAMENTOS
- 06....CREE QUE LA ATENCION ES MALA
- 07....LARGA ESPERA
- 08....AUSENCIA DE MEDICO
- 09....NO TIENE DINERO PARA LA CONSULTA
- 10....NO CONFIA EN LOS MEDICOS
- 11....SOLICITO ATENCION Y NO FUE ATENDIDO(A)
- 96....OTRO

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/PATRONATO
- 09....EN EL HOGAR
- 96....OTRO
- 98....NO SABE

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Qué medio de transporte (NOMBRE) para llegar al lugar donde la atención?	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta? SI NO PAGO, ANOTE "000"	¿Cuánto tiempo se tardó (NOMBRE) en llegar al lugar donde lo(a) atendieron? SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS	Durante la visita al hospital, clínica o consultorio, ¿Cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) que esperar? SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS ANOTE HORAS. SI NO SABE, ANOTE "98" EN CASILLA DE MINUTOS.	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta médica que hizo (NOMBRE)? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta, medicinas y exámenes de laboratorio relacionado con la consulta? SI NO USO MEDICINAS O NO SE HIZO EXAMENES DE LABORATORIO U OTRO TIPO DE SERVICIO, DEJE LAS CASILLAS EN BLANCO. SI RECIBIO ESTOS SERVICIOS GRATIS, ANOTE "0000", SI NO SABE CUANTO PAGO, ANOTE "9998".					SI CODIGO "06" EN P26, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	CONSULTA (27A)	MEDICINAS (27B)	EXAMENES DE LABORATORIO (27C)	OTRO (27D)	TOTAL (27E)	
	MEDIO DE TRANSPORTE	RDS:	MINUTOS HORAS..	MINUTOS HORAS..	FORMA DE PAGO	RDS:	RDS:	RDS:	RDS:	RDS:	RDS:
01											
02											
03											
04											
05											

MEDIO DE TRANSPORTE (P22):

- 1....A PIE
- 2....ANIMAL
- 3....MOTOCONCHO
- 4....CARRO/GUAGUA PUBLICO(A)
- 5....VEHICULO PRIVADO
- 6....OTRO
- 8....NO SABE

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	¿Qué medio de transporte utilizó (NOMBRE) para llegar al lugar donde la atendieron?	¿Cuánto pagó (NOMBRE) en total por transporte de ida y vuelta? SI NO PAGO, ANOTE "000"	¿Cuánto tiempo se tardó (NOMBRE) en llegar al lugar donde lo(a) atendieron? SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS, ANOTE HORAS	Durante la visita al hospital, clínica o consultorio, ¿Cuánto tiempo tuvo (NOMBRE) que esperar? SI 1 1/2 HORAS O MENOS, ANOTE MINUTOS, SI MAS DE 1 1/2 HORAS ANOTE HORAS. SI NO SABE, ANOTE "98" EN CASILLA DE MINUTOS.	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta médica que hizo (NOMBRE)? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...96 NO SABE...98	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por la consulta, medicinas y exámenes de laboratorio relacionado con la consulta? SI NO USO MEDICINAS O NO SE HIZO EXAMENES DE LABORATORIO U OTRO TIPO DE SERVICIO, DEJE LAS CASILLAS EN BLANCO, SI RECIBIO ESTOS SERVICIOS GRATIS, ANOTE "0000", SI NO SABE CUANTO PAGO, ANOTE "9998".					SI CODIGO "06" EN P26, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	CONSULTA (27A)	MEDICINAS (27B)	EXAMENES DE LABORATORIO (27C)	OTRO (27D)	TOTAL (27E)	
	MEDIO DE TRANSPORTE	RD\$:	MINUTOS HORAS..	MINUTOS HORAS..	FORMA DE PAGO	RD\$:	RD\$:	RD\$:	RD\$:	RD\$:	RD\$:
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDIO DE TRANSPORTE (P22):

- 1....A PIE
- 2....ANIMAL
- 3....MOTOCONCHO
- 4....CARRO/GUAGUA PUBLICO(A)
- 5....VEHICULO PRIVADO
- 6....OTRO
- 8....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 29 A 34A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 35 A 38A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algún problema relacionado con la dentadura, aunque sean problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encía u otro? (29)	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días? (30)	¿Consultó (NOMBRE) con un dentista para tratarse el problema dental de los últimos 6 meses? (¿Hizo una visita preventiva al dentista (de chequeo, limpieza, etc.) en los últimos 6 meses?) (31)	¿Dónde tuvo lugar la consulta? (32)	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta que (NOMBRE) hizo con el dentista? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRAON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...09 NO SABE...10 (33)	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)? SI NO SABE, ANOTE "9998". (34)	SI CODIGO "06" EN P33, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "9998" (34A)
01	SI NO NS 1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 v	LUGAR: <input type="text"/>	FORMA DE PAGO: <input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>
02	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>
03	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>
04	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>
05	1 2 8 (PASE A P31) <	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RDS: <input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR DE LA CONSULTA (P32)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/ DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/ PATRONATO
- 96....OTRO
- 98....NO SABE

OBTenga TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 29 A 34A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 35 A 38A)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses ha tenido (NOMBRE) algun problema relacionado con la dentadura, aunque sean problemas simples como dolores de muela o de dientes o infecciones en la encia u otro?	¿Algunos de los problemas dentales de (NOMBRE) ocurrieron durante los últimos 30 días?	¿Consultó (NOMBRE) con un dentista para tratarse el problema dental de los últimos 6 meses? (¿Mizo una visita preventiva al dentista (de chequeo, limpieza, etc.) en los últimos 6 meses?)	¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta que (NOMBRE) hizo con el dentista? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA...09 NO SABE...10	¿Cuánto pagó (NOMBRE) o la familia en total por consultas, medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención odontológica (del dentista)? SI NO SABE, ANOTE "9998".	SI CODIGO "06" EN P33, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "9998"
	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(34A)
06	SI NO NS 1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	SI NO NS 1 2 8 v	LUGAR: [] []	FORMA DE PAGO: [] []	RDS: [] [] [] [] [] []	RDS: [] [] [] [] [] []
07	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []
08	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []
09	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []
10	1 2 8 (PASE A P31)←	SI NO NS 1 2 8	1 2 8 v	[] []	[] []	RDS: [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []

LUGAR DE LA CONSULTA (P32)

01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
03....CLINICA RURAL

309

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 35 A 38A) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 39 A 46)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses, ¿Ha usado (NOMBRE) servicio preventivo de salud, como vacunación, chequeos (control) de embarazo, planificación familiar u otros?	¿Dónde tuvo lugar la consulta?	¿Cuál fue la forma de pago de la consulta o atención recibida por (NOMBRE)? LA CONSULTA FUE GRATIS...01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS...02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO...03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES...04 SE PAGO TODO...05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIÓ TODO O PARTE DEL DINERO...06 EL SEGURO CUBRIÓ PARTE...07 EL SEGURO CUBRIÓ TODO...08 OTRA...09 NO SABE...10	¿Cuánto se pagó en total por medicamentos, transporte u otras cosas relacionadas con la atención o consulta de (NOMBRE)?	SI CODIGO "06" EN P37, PREGUNTE: ¿Cuánto les devolvió el seguro? SI NO SABE ANOTE "99998"
	(35)	(36)	(37)	(38)	(38A)
	SI NO	LUGAR:	FORMA DE PAGO:	RDS.	RDS:
01	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	1 2 ✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR DE LA CONSULTA (P36)

- 01....HOSPITAL O SUBCENTRO DE SESPAS
- 02....CONSULT. O DISPENSARIO DE SESPAS
- 03....CLINICA RURAL
- 04....HOSPITAL DEL IDSS
- 05....POLICLINICA/CONSULTORIO/
DISPENSARIO DEL IDSS
- 06....HOSPITAL/DISPENSARIO MILITAR
- 07....CLINICA O CONSULTORIO PRIVADO
- 08....CLINICA/CONSULTORIO DE IGLESIA/
PATRONATO
- 09....EN EL HOGAR
- 10....OTRO
- 98....NO SABE

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 39 A 46) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 47 Y 48)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo interno(a)?	¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	¿Dónde tuvo (NOMBRE) interno(a)? (USE CODIGOS DE LA PREGUNTA 36)	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno(a)? (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES).	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)? INTERNAMIENTO GRATIS....01 FUE GRATIS PERO SE COMPRARON LAS MEDICINAS....02 FUE GRATIS PERO PAGO EXAMENES LABORATORIO....03 FUE GRATIS PERO PAGO MEDICINAS Y EXAMENES....04 SE PAGO TODO.....05 SE PAGO TODO PERO EL SEGURO DEVOLVIO TODO O PARTE DEL DINERO.....06 EL SEGURO CUBRIO PARTE...07 EL SEGURO CUBRIO TODO...08 OTRA.....96 NO SABE.....98 (SI "06" CUANTO DEVOLVIO?) (43)	¿Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por el internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.? SI FUE GRATIS ANOTE "00000" SI NO SABE, ANOTE "99998"	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS			¿Qué proporción del ingreso o sueldo normal de ese periodo dejó de recibir (NOMBRE) durante su internamiento y recuperación? SI NO TRABAJA, ANOTE "996"			
								Incluyendo el internamiento, y la duración de la recuperación en casa, ¿Cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) incapacitado para realizar sus actividades normales (tales como trabajar, ir a la escuela, etc.)? (SI MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE DIAS. SI MENOS DE TRES MESES, ANOTE SEMANAS. SI TRES MESES O MAS, ANOTE MESES.	DIAS	SEMANAS		MESES		
(39)	(40)	(40A)	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)	(46)						
01	SI 1	NO 2	SI.....1	LUGAR:	DIAS	SEMANAS	MESES	FORMA PAGO	RD\$:	RD\$:	DIAS	SEMANAS	MESES	
			NO.....2											
02	SI 1	NO 2	SI.....1											
			NO.....2											
03	SI 1	NO 2	SI.....1											
			NO.....2											
04	SI 1	NO 2	SI.....1											
			NO.....2											
05	SI 1	NO 2	SI.....1											
			NO.....2											

311

OBTENGA TODAS LAS INFORMACIONES DE ESTA SECCION (PREGUNTAS 39 A 46) ANTES DE PASAR A LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTAS 47 Y 48)

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA	En los últimos 6 meses tuvo (NOMBRE) una enfermedad física o mental, accidente, embarazo o parto, por el cual estuvo interno(a)?		¿Cuál fue la causa de internamiento de (NOMBRE)?	¿Tuvo (NOMBRE) ese problema de salud durante los últimos 30 días?	¿Dónde tuvo (NOMBRE) interno(a)?	¿Durante cuánto tiempo estuvo (NOMBRE) interno(a)?	¿Cuál fue la forma de pago de los gastos de internamiento de (NOMBRE)?	¿Cuánto gastó (NOMBRE) o la familia en total por el internamiento, incluyendo transporte, alimentación, medicinas, servicios médicos, etc.?	PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS	
	SI	NO	(39)	(40)	(40A)	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)
06	1	2		SI.....1 NO.....2	LUGAR:	DIAS SEMANAS MESES	FORMA PAGO RDS:	RDS:	DIAS SEMANAS MESES	
07	1	2		SI.....1 NO.....2						
08	1	2		SI.....1 NO.....2						
09	1	2		SI.....1 NO.....2						
10	1	2		SI.....1 NO.....2						

SOLO PARA PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS

NUMERO DE LINEA DE LA PERSONA

¿Sufre (NOMBRE) de pérdida de la memoria?

(¿A (NOMBRE) se le olvidan las cosas con cierta frecuencia?)

¿Cómo se le manifiesta a (NOMBRE) esa pérdida de memoria?

LIGERA.....01
 - HACE LA MISMA PREGUNTA MUCHAS VECES
 - PIERDE/OLVIDA OBJETOS CON FRECUENCIA
 - PASA MUCHO TIEMPO BUSCANDO O GUARDANDO COSAS

MODERADA.....02
 - ACUSA A OTROS DE ROBAR LO QUE HA PERDIDO
 - SE PIERDE AL IR O REGRESAR DE SITIOS CONOCIDOS
 - NO SABE/ SE OLVIDA EL AÑO EN QUE ESTAMOS
 - SE EQUIVOCA AL VESTIRSE

SEVERA.....03
 - SE PIERDE DENTRO DE SU MISMA CASA
 - DESCONOCE A HIJOS Y FAMILIARES MAS CERCANOS
 - HA PERDIDO LA FACULTAD DE COMUNICARSE

(47)

(48)

01	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
02	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
03	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
04	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
05	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
06	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
07	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
08	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
09	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>
10	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	<input type="checkbox"/>

49

ANOTE LA HORA:

HORAS.....

MINUTOS.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA
(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista: _____

Comentarios sobre preguntas específicas: _____

Algún otro comentario: _____

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES DEL CODIFICADOR

Nombre del Codificador: _____ Fecha: _____