

400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°	Nombre:	Informante N°	
------------	---------	---------------	--

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	MES	AÑO

401F. HACE 5 AÑOS,..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO?

Sí..... 1 → PASE A 401G1

No..... 2

Aún no había nacido 3 → PASE A 401G1

401C. ¿TIENE DNI?

Sí..... 1 → PASE A 401F

No..... 2

NO SABE 3 → PASE A 401F

401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS?

Distrito:

Provincia

Departamento/País:

Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.

401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI:
(Acepte una o más alternativas)

No tiene partida de nacimiento? 1

No lo considera importante? 2

No conoce los requisitos? 3

No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? 4

No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio? 5

No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo? 6

Está en trámite por primera vez? 7

Por errores en la partida de nacimiento? 8

Otro 9

(Especifique)

401G1. CUANDO USTED NACIÓ, ¿VIVÍA SU MADRE EN ESTE DISTRITO?

Sí 1

No 2

↓

401G2. ¿EN QUÉ DISTRITO Y PROVINCIA VIVÍA SU MADRE?

Distrito:

Provincia

No Sabe 3

401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO:
(Acepte una o más alternativas)

No tiene dinero para trámite? 1

Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio? 2

No conoce los requisitos? 3

No sabe dónde acudir para tramitarla? 4

La persona no nació en un establecimiento de Salud? 5

No reconocido por el padre? 6

Otro 7

(Especifique)

OBSERVACIONES:

DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad **PERMANENTE**, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SÍ	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?	1	2
4. Oír, aun usando audífonos?	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2

SALUD

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí 1

No 2

OBSERVACIONES:

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2

Recaída de enfermedad crónica? 3

Accidente? 4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente 5

PASE
A
413B

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?

(Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA..... 1

Centro de salud MINSA 2

Centro o puesto de salud CLAS 3

Posta, policlínico ESSALUD 4

Hospital MINSA..... 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) 6

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional..... 7

Consultorio médico particular 8

Clínica particular 9

Farmacia o botica 10

En su domicilio (del paciente) 11

Otro 13
(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN 14

PASE
A
409

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?

(Acepte una o más alternativas)

Médico..... 1

Dentista/odontólogo 2

Obstetiz..... 3

Enfermera(o) 4

Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) 5

Promotor(a) 6

Otro 7
(Especifique)

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a pregunta 413B.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 9 continúe con la pregunta 407F.

407F. DESDE QUE SOLICITÓ LA CITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A DONDE ACUDIÓ, ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, HASTA LA FECHA QUE FUE PROGRAMADA SU ATENCIÓN?

N° Meses	N° Días	N° Horas	N° Minutos

407G. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIÓ?

N° Días	N° Horas	N° Minutos

407H. LA ÚLTIMA VEZ QUE ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO EN SU CONSULTA?

N° Horas	N° Minutos

**PASE
A
413B**

No lo atendieron..... 1

409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

(Acepte una o más alternativas)

- No tuvo dinero 1
 Se encuentra lejos 2
 Demoran mucho en atender 3
 No confía en los médicos 4
 No era grave/ no fue necesario 5
 Prefiere curarse con remedios caseros 6
 No tiene seguro 7
 Se auto recetó o repitió receta anterior 8
 Falta de tiempo 9
 Por el maltrato del personal de salud 10

Otro 11

(Especifique)

413B. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

Sí	No	No corresponde	413C. ¿Cómo lo obtuvo?	
			Programa social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2		1	2

1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 3 años de edad)?

2. Programa de vacunas (inmunizaciones)?

Para Mujeres de 12 a 49 años de edad y niños menores de 3 años de edad

413D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

Sí	No	No corresponde	413E. ¿Cómo lo obtuvo?	
			Programa social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2	3	1	2

1. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?

2. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?

OBSERVACIONES

1

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SEGURO DE SALUD AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE ES:
(Acepte una o más alternativas)

		419B. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:					
	Si	No	Su centro de Trabajo?	Ud. mismo?	Es jubilado?	Un familiar?	No Paga?
1. ¿ESSALUD?.....	1	2	1	2	3	4	
2. ¿Seguro privado de salud?	1	2	1	2	3	4	
3. ¿Entidad prestadora de salud?	1	2	1	2	3	4	
4. ¿Seguro de FF.AA. / Policiales?	1	2	1	2	3	4	
5. ¿Seguro Integral de Salud (SIS)?.....	1	2	1	2		4	5
6. ¿Seguro universitario?	1	2		2		4	
7. ¿Seguro escolar privado?	1	2		2		4	
8. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5

420.	EL CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE GENERALMENTE ACUDE, ¿ESTA UBICADO:
------	---

Aquí en este Distrito?..... 1

En otro Distrito? ☐

Distrito:

Provincia:

Departamento:

No acude a establecimiento de salud? 3

OBSERVACIONES	
---------------	--