

400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°	Nombre:	Informante N°							
400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ? <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 33%;">DÍA</th> <th style="width: 33%;">MES</th> <th style="width: 33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO				401F. HACE 5 AÑOS,..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO? <i>Si</i> 1 → PASE A 401G1 <i>No</i> 2 <i>Aún no había nacido</i> 3 → PASE A 401G1	
DÍA	MES	AÑO							
401C. ¿TIENE DNI? <i>Si</i> 1 → PASE A 401F <i>No</i> 2 <i>NO SABE</i> 3 → PASE A 401F		401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS? <i>Distrito:</i> _____ <i>Provincia</i> _____ <i>Departamento/País:</i> _____ <i>Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.</i> _____							
401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI: (Acepte una o más alternativas) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <i>No tiene partida de nacimiento?</i> 1 <i>No lo considera importante?</i> 2 <i>No conoce los requisitos?</i> 3 <i>No sabe dónde acudir para tramitar su DNI?</i> 4 <i>No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio?</i> 5 <i>No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo?</i> 6 <i>Está en trámite por primera vez?</i> 7 <i>Por errores en la partida de nacimiento?</i> 8 <i>Otro</i> 9 <div style="text-align: right; font-size: small;">(Especifique)</div> </div> <div style="width: 15%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> PASE A 401F </div> </div>		401G1. CUANDO USTED NACIÓ, ¿VIVÍA SU MADRE EN ESTE DISTRITO? <i>Sí</i> 1 <i>No</i> 2 → ↘ <div style="margin-left: 100px;"> 401G2. ¿EN QUÉ DISTRITO Y PROVINCIA VIVÍA SU MADRE? <i>Distrito:</i> _____ <i>Provincia</i> _____ <i>No Sabe</i> 3 </div>							
401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO: (Acepte una o más alternativas) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <i>No tiene dinero para trámite?</i> 1 <i>Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio?</i> 2 <i>No conoce los requisitos?</i> 3 <i>No sabe dónde acudir para tramitarla?</i> 4 <i>La persona no nació en un establecimiento de Salud?</i> 5 <i>No reconocido por el padre?</i> 6 <i>Otro</i> 7 <div style="text-align: right; font-size: small;">(Especifique)</div> </div> </div>		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

Síntoma de COVID-19 (fiebre, tos seca, sensación de ahogo)? 6

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente..... 5→

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
407I

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 **407I**.

– Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 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

No lo atendieron 1

407I. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS DEL AL. ¿LE REALIZARON ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR EL COVID-19?

Si 1

No 2 → **PASE A 407K**

407J. ¿CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA/S PRUEBA/S?

Negativo 1

Positivo 2 → **PASE A 407L**

Aún no recibe resultado 3

407K. ¿HA TOMADO MEDICAMENTOS POR PREVENCIÓN O COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO PARA EL COVID-19?

Si 1

No 2 → **PASE A RECUADRO B**

407L. ¿LOS MEDICAMENTOS QUE USTED HA TOMADO FUERON:

(Acepte una o más alternativas)

- Cloroquina? 1
 Hidroxicloroquina? 2
 Ivermectina? 3
 Azitromicina? 4
 Paracetamol? 5
 Enoxaparina o anticoagulante? 6
 Corticoides (metilprednisolona o dexametasona)? 7
 Administración de oxígeno? 8
 Hidratación por vía endovenosa? 9
 Remedios caseros? 10
 Otro? 11

(Especifique)

RECUADRO B

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta 403

- Si es igual a blanco pase a la pregunta 413B
- Si es igual a código 10, 11, 13, o 14 continúe con P409
- Si es diferente a código 10, 11, 13 o 14, pase a P413B

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 a social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2		1	2

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

2. Programa de vacunas (inmunizaciones)?

413F. ¿RECIBIÓ USTED LA VACUNA CONTRA EL COVID-19?

Si 1

No 2

413F1. ¿CUÁNTAS DOSIS LE APLICARON?

N° DE DOSIS

413G. ¿LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 QUE USTED RECIBIÓ FUE:

(Acepte una o más alternativas)

- Pagada por algún miembro de este hogar? 1
 Donada por alguna Institución del estado? 2
 Donada por alguna Institución privada/otro hogar? 3
 Vacunado en el extranjero? 4

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)?

(414) ¿UD. RECIBIÓ:			(415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)											(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(417) ¿DÓNDE COMPRÓ.....?		(418) ¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?																			
<div>Revise la respuesta de la pgta.402 y aplique sondeo.</div> <div>PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO</div>			<div>Pagado por algún miembro de este hogar?1</div> <div>Autoconsumo?2</div> <div>Autosuministro?3</div> <div>Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar?4</div> <div>Donado Programa Social (SIS)?5</div> <div>Donado por alguna Institución del estado10</div> <div>Donado por alguna Institución privada?6</div> <div>Fue cubierto por ESSALUD/FFAA/Policiales?7</div> <div>Fue cubierto por Seguro Privado?11</div> <div>Otro? (especifique)8</div> <div>NO SABE/NO RESPONDE9</div> <div>PASE A 418</div> <div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>											<div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>		<div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>		MONTO S/.																			
																		415=2		415=3		415=4		415=5		415=10		415=6		415=7		415=11		415=8			
<div>Si</div> <div>No</div>														MONTO S/.		CÓDIGO		Ent.		Dec.		Ent.		Dec.		Ent.		Dec.		Ent.		Dec.		Ent.		Dec.	
EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS																																					
1. Consulta?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
2. Medicinas/insumos?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
3. Análisis?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
4. Rayos "x", tomografía, etc.?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
5. Otros exámenes (Hemodiálisis, etc.) (especifique)			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES																																					
6. Servicio dental y conexos? ..			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
7. Servicio oftalmológico?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
8. Compra de lentes?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
9. Vacunas?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
10. Control de salud de los niños?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
11. Anticonceptivos?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
12. Otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.)?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																																					
13a. Hospitalización?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
13b. Intervención quirúrgica?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
14. Controles por embarazo?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						
15. Atenciones de parto?			1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																						

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?2

↓
Distrito:

Provincia:

Departamento:

No acude a establecimiento de salud? 3

OBSERVACIONES
