

Encuesta

CASEN 2017

Nº SERIE:

Región Comuna Zona Segmento Vivienda Hogar

Nombre Entrevistado (Familia con dos apellidos en caso de zonas rurales)

Dirección (calle, nº, depto. o casa si corresponde)

(Villa / Población) o (Localidad / Entidad)

Celular Teléfono 1. Urbano 2. RAU

3. Rural

1. Casa

2. Departamento

Comuna Observaciones en la dirección

Garantía de Confidencialidad

El Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile adhiere a lo establecido en la ley Orgánica N° 17.374 del Ministerio de Economía que, en el Artículo 29, determina lo siguiente: “El Instituto Nacional de Estadísticas, los organismos fiscales, semifiscales y empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades determinadas de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el “SECRETO ESTADISTICO”. Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto por el artículo 247 del Código Penal”.

MODELO DE CARACTERES

A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z b c d e f g h i j k l m n ñ
o p r s t u v w x y z 1 2 3 5 6 7-8 9 0

Dirección (calle, nº, depto. o casa si corresponde)

L a s C a m e l i a s 1484 C a s a 62

| |
|--|
| 110. Entrevista completa |
| 120. Entrevista parcial |
| 2. No entrevistado, elegible |
| 211. Se rechazó la entrevista |
| 212. Se interrumpió la entrevista |
| 223. Se impidió acceso a la vivienda |
| 224. Vivienda ocupada sin moradores presentes |
| 225. Informante no ubicable o no puede atender |
| 231. Muerte del informante |
| 232. Informante impedido físico/mental para contestar |
| 233. Problemas de idioma |
| 236. Otra razón elegible |
| 3. No entrevistado, elegibilidad desconocida |
| 311. No se envió a terreno |
| 317. Área peligrosa o de difícil acceso |
| 318. No fue posible localizar la dirección |
| 390. Otra razón de elegibilidad desconocida |
| 4. No elegible |
| 410. Fuera de muestra |
| 451. Empresa, oficina de gobierno u otra organización |
| 452. Instituciones (hospital, cárcel, asilo de ancianos, etc.) |
| 453. Dormitorio colectivo (militar, de trabajo, internado, etc.) |
| 454. Vivienda en demolición, incendiada, destruida o erradicada |
| 461. Vivienda particular desocupada |
| 462. Vivienda de veraneo o de uso temporal |
| 463. Otra razón no elegible |

TABLA N°2 CARACTERIZACIÓN DEL RECHAZO PARA ENCUESTAS EN HOGARES

| Código | Descripción |
|---------------|---|
| 1. | No tiene tiempo |
| 2. | No está interesado o es una pérdida de tiempo |
| 3. | Por su privacidad no quiere entregar información personal ni familiar |
| 4. | Por su seguridad no quiere entregar información personal ni familiar |
| 5. | Nunca responde encuestas |
| 6. | Está aburrido de contestar encuestas |
| 7. | No confía en las encuestas |
| 8. | Ha tenido malas experiencias por responder encuestas |
| 9. | La familia o pareja le prohíbe contestar encuestas |

10. No tiene beneficios por contestar la encuesta

2 Encuesta CASEN 2017 Observaciones

Nº SERIE:

Región Comuna Zona Segmento Vivienda Hogar

| Visita | Fecha | Hora | Disposición | Rechazo | Iniciales Encuestador | Cód_Enc |
|---------------|--------------|-------------|--------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| 1ª | // 2017 | | | | | |
| 2ª | // 2017 | | | | | |
| 3ª | // 2017 | | | | | |
| 4ª | // 2017 | | | | | |
| 5ª | // 2017 | | | | | |
| 6ª | // 2017 | | | | | |
| 7ª | // 2017 | | | | | |
| 8ª | // 2017 | | | | | |

C
A
S
E
N

2
0
1
7

Hora Inicio Entrevista Hora Término Entrevista

Encuestador(a)

Coordinador(a) de Grupo

| Uso exclusivo Coordinador(a) de Grupo | | | | |
|---------------------------------------|------------------|--|-------------------|--|
| | Nº Serie Hogar 1 | | Nº Serie Hogar 6 | |
| | Nº Serie Hogar 2 | | Nº Serie Hogar 7 | |
| Total de Hogares en la Vivienda | | | | |
| | Nº Serie Hogar 3 | | Nº Serie Hogar 8 | |
| | | | | |
| | Nº Serie Hogar 4 | | Nº Serie Hogar 9 | |
| | Nº Serie Hogar 5 | | Nº Serie Hogar 10 | |

Reservado Supervisión

| | 1. Si | 2. No | | | Códigos |
|---------------------|-------|-------|-----------------|--|---------|
| Encuesta completa | | | Encuestador (a) | | |
| Flujo lógico | | | Supervisor (a) | | |
| Letra legible | | | Codificador (a) | | |
| Entrevistado idóneo | | | Digitador (a) | | |

3

Hora de inicio:

MÓDULO H: Registro de residentes

Todas las personas

Por favor, ¿podría indicarme los nombres de las personas que viven habitualmente en este hogar? • Empiece por el Jefe o Jefa de Hogar • Escriba el nombre de pila de todas las personas del hogar

• Incluya a todos los miembros del hogar • No se olvide de incluir a las guaguas, a los niños pequeños y los adultos mayores que pertenezcan al hogar

• No se olvide de quienes residen transitoriamente fuera del hogar ya sea por estudio, trabajo, negocio, enfermedad, vacaciones u otra razón, siempre que los periodos de ausencia no superen los 6 meses (con excepción del jefe(a) de hogar y de los niños menores de 6 meses).

Presencia en la entrevista

Personas de 12 años o más

1. Contesta
2. Presente pero no contesta
3. No está presente

Entonces, ¿son las personas que viven habitualmente en este

h1. ¿Qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe(a) de este hogar?

1. Jefe(a) de Hogar
2. Esposo(a) o pareja de distinto sexo
3. Esposo(a) o pareja de igual sexo
4. Hijo(a) de ambos
5. Hijo(a) sólo del jefe(a)
6. Hijo(a) sólo del esposo(a)/pareja
7. Padre o madre
8. Suegro(a)
9. Yerno o nuera
10. Nieto(a)
11. Hermano(a)
12. Cuñado(a)
13. Otro Familiar
14. No familiar
15. Servicio Doméstico puertas adentro

h2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?

1. Hombre
2. Mujer

h3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]? Anote la edad en años cumplidos.

Anote "0" en caso de niños menores de 1 año

h4. ¿Me puede indicar el mes y el año de nacimiento de las personas de 0 a 18 años?

h5. ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?

Lea alternativas

1. Casado(a)
2. Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil

[illegible]

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

4

Todas las personasPersonas de 5 años o más

h9. Durante los últimos 6 meses, ¿qué persona fue la que más aportó al presupuesto del hogar?

- 1. Es miembro del hogar
- 2. No es miembro del hogar. Especifique

h10. Las siguientes preguntas indagan sobre dificultades que las personas de este hogar podrían tener para realizar ciertas actividades debido a su estado de salud

- a) ¿Tiene dificultad para ver incluso si lleva lentes?
 - b) ¿Tiene dificultad para oír incluso si utiliza un audífono?
 - c) ¿Tiene dificultad para caminar o para subir escaleras?
 - d) ¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?
 - e) ¿Tiene dificultad en su cuidado personal como para asearse o vestirse?
 - f) ¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros?
- 1. No, sin dificultad
 - 2. Sí, algo de dificultad
 - 3. Sí, mucha dificultad

MOSTRAR TARJETA h10 “Nivel de Dificultad”

- 4. No puede hacerlo h9.2. Especifique

Si es miembro del hogar, marcar con X la persona que más aportó al presupuesto del hogar.
Si el aporte mayor al presupuesto es realizado por más de un integrante, marcar las personas que corresponda.

| h9 | h10. a | h10. b | h10. c | h10. d | h10. e | h10. f | 7 |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | 10 |

5

MÓDULO E: Educación

Personas de 15 años o más Todas las personas Personas de 0 a 6 años y No asisten (e3=2)

e1. ¿Sabe leer y escribir?

- 1. Sí, lee y escribe
- 2. No, sólo lee
- 3. No, sólo escribe
- 4. No, ninguno

e2. Actualmente, ¿se encuentra participando en algún programa de nivelación de estudios dirigido a personas que no completaron la enseñanza básica o media?

- 1. Sí, a la modalidad regular
- 2. Sí, a la modalidad flexible
- 3. No **Pasa a e3**

Códigos 1 y 2 Pasa a e6.a

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

Personas de 7 a 30 años y No asisten (e3=2)

e5.a. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a un establecimiento educativo?

Razones personales

- | | |
|---|--|
| 1. Ayuda en la casa o quehaceres del hogar | |
| 2. Embarazo, maternidad o paternidad | |
| 3. Tiene una discapacidad o requiere un establecimiento de educación especial | 4. |
| Enfermedad que lo inhabilita | |
| 5. Problemas familiares | |
| 6. No le interesa | <i>Razones económicas</i> |
| 7. Terminó de estudiar | 11. Dificultad económica mayor) |
| 8. A su edad no le sirve estudiar o no conoce la manera de completar sus estudios | 4. Prekinder / Kinder (Trans Menor y Transición Mayor) |
| 9. Está asistiendo a un preuniversitario | 5. Educación Especial (Difer |
| 10. Se encuentra preparando la PSU por su cuenta | |

Razones económicas

11. Dificultad económica mayor)
4. Prekinder / Kinder (Transición Menor y Transición Mayor)
5. Educación Especial (Diferencial)

6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo) 7. Educación Básica

8. Humanidades (Sistema Antiguo) 9. Educación Media Científico-Humanista

Pasa a e9

5. Nunca ha asistido

10.Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Anti guo)

11.Educación Media Técnica Profesional

12.Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años)

13.Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años) 14.Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años)

15. Profesional Completo (Carreras 4 o más años)

16. Postgrado Incompleto

17. Postgrado Completo

e6.b. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó (para los que no están estudian

do) o que cursa actualmente (para los que están estudiando)?

e5.b. ¿Cuándo fue la última vez que asistió a algún establecimiento educativo? 1. Año 2017

2. El año pasado (2016)
3. Hace dos años (2015)
4. Hace tres años o más (2014 o antes)

| e5.a | e5.a Especifique | e5.b | e6.a Nivel | e6.b Curso | |
|------|------------------|------|------------|------------|---|
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | 5 |
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

7

MÓDULO E: Educación

Personas que asisten o asistieron a Educación Superior
 (e6.a=12,13,14,15,16 o 17)

Personas que asistieron a Educación Superior ((e6.a=12, 13, 14, 15, 16 o 17)
 y (e3=2))

e7. ¿Cuál es el nombre de la carrera o programa de estudios? e8. ¿En qué tipo de institución realizó su educación superior?

- Centro de Formación Técnica
- Instituto Profesional
- Universidad privada no perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
- Universidad privada perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
- Universidad Estatal
- Establecimiento de educación superior de las Fuerzas Armadas y del Orden
- Universidad Extranjera

7
1
0
2

N
E
S
A
C

| | | |
|---|----|----|
| | e7 | e8 |
| 1 | | |
| 2 | | |

| | | |
|----|--|--|
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

8

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica, Media o Superior (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o

e2=2) **e9. Indique el establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil al cual asiste actualmente (Año 2017).**

- En caso de los programas especiales a preescolares anote el nombre del programa especial y lugar donde se imparte
- En caso de Educación Superior, anote el nombre de la Universidad, Centro de Formación Técnica (CFT) o Instituto Profesional (IP)
- Escriba con letra clara y legible el nombre del establecimiento, la dirección y comuna en que se ubica. Solicite algún documento que lo acredite: Libreta de notas, comunicaciones, etc.

| | | | | |
|-------|--|-------|--|---|
| e9Nom | | | | 1 |
| e9Dir | | e9Com | | |
| e9Nom | | | | 2 |
| e9Dir | | e9Com | | |
| e9Nom | | | | 3 |
| e9Dir | | e9Com | | |
| e9Nom | | | | 4 |
| e9Dir | | e9Com | | |
| e9Nom | | | | 5 |
| e9Dir | | e9Com | | |
| e9Nom | | | | 6 |

| | | | | |
|-----------|--|-----------|--|----|
| e9D ir | | e9C om | | |
| e9N om | | | | 7 |
| e9D ir | | e9C om | | |
| e9N om | | | | 8 |
| e9D ir | | e9C om | | |
| e9N om | | | | 9 |
| e9D ir | | e9C om | | |
| e9N om | | | | 10 |
| e9D ir | | e9C om | | |

9

MÓDULO E: Educación

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica, Media o Superior (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o e2=2)

e10. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento?

1. Municipal
2. Particular Subvencionada
3. Corporación de Administración Delegada
4. Particular no Subvencionada
5. JUNJI
6. INTEGRA
7. Jardín infantil o sala cuna del trabajo de la madre o del padre
8. Centro de Formación Técnica
9. Instituto Profesional
10. Universidad Privada no perteneciente al Consejo de Rectores (Cruch)
11. Universidad Privada perteneciente al Consejo de

- Rectores (Cruch)
 12. Universidad Estatal
 13. Establecimiento de Educación Superior de las Fuerzas Armadas y del Orden
 99. No sabe

- a) Desayuno
 b) Almuerzo
 c) Once
 d) Colación

e11. ¿A qué jornada asiste regularmente?

Lea alternativas

1. Jornada mañana
2. Jornada tarde
3. Jornada completa (mañana y tarde)

1. Sí
2. No

Sólo a los que asisten a Educación Superior ((e3=1) y (e6.a=12, 13, 14 o 15))

e12.e En el año escolar 2017, ¿ha recibido tarjeta JUNAEB para alimentación?

1. Sí
2. No

e12. En el año escolar 2017, ¿recibe alimentación gratuita en el establecimiento educacional?

Lea alternativas

| 0 | 4. Jornada completa con | | Parvularia - Básica - Media | | | | Superior |
|-----------------------|---|-----|--|--|--|--|----------------|
| 2 N E S A | 5. Vespertina 6. Otra (horario variable, | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | Tarjeta JUNAEB |
| C | e10 | e11 | e12.a | e12.b | e12.c | e12.d | e12.e |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

10

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica, Media o Superior (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o

e2=2) **e13.a. En el año escolar 2017, ¿ha recibido o recibió alguna beca?**

MOSTRAR TARJETA E13 “BECAS ESTATALES”

Lea alternativas

1. Sí
2. No **Pasa a e14**

e13.b. ¿Ha recibido o recibió alguna(s) de estas becas?

MOSTRAR TARJETA E13 “BECAS ESTATALES”

Registre máximo 2 becas
Lea alternativas

1. Beca Indígena (Todos los estudiantes)
2. BARE (Ed. Media)
3. Beca Presidente de la República (Ed. Media y Superior)
4. Beca Bicentenario (ex-MINEDUC) (Ed. Superior)
5. Beca Nuevo Milenio (Ed. Superior)
6. Beca Vocación de Profesor (Ed. Superior)
7. Beca de Reparación (Valech) (Ed. Superior)
8. Beca de Excelencia Académica (Ed. Superior)
9. Beca Juan Gómez Millas (Ed. Superior)
10. Otra beca estatal. Especifique (Todos los estudiantes)
11. Otra beca no estatal. Especifique (Todos los estudiantes)

| e13.a | e13.b Tipo 1 | Especifique Tipo 1 | e13.b Tipo 2 | Especifique Tipo 2 | |
|-------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|---|
| | | | | | 1 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

11

MÓDULO E: Educación

Todos los que asisten a Educación: Parvularia, Básica o Media (e3=1), o a Nivelación Básica o Media (e2=1 o e2=2)

compartido?

e14. En el año escolar 2017, ¿ha recibido alguno de los siguientes

beneficios? *Lea alternativas*

- a) Útiles escolares (cuadernos, lápices, block de dibujo, etc.)
- b) Textos escolares (libros de estudio)
- c) Atención dental escolar
- d) Atención médica escolar
- e) Yo elijo mi PC (Séptimo Básico)

1. Sí
2. No **Pasa a e16**

e15.b. ¿Cuánto paga mensualmente?

1. Sí
2. No
- Anote el monto mensual declarado en pesos Si no sabe anote 99

e15.a. En el año escolar 2017, ¿paga colegiatura o financiamiento

[illegible]

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |

12

Población de 0 a 12 años
Personas de 12 años o más que asiste (e3=1)
Todos los que asisten a Educación:

Técnico Nivel Superior, Profesional o Postgrado ((e3=1) y (e6.a=12, 13, 14, 15, 16 o 17))

e16. Durante el año escolar 2017, fuera de la jornada escolar del niño/a y hasta las 21:00 horas ¿Dónde permanece el niño/a por un mayor número de horas en una semana normal?

Registre número de orden de la persona
e19. En el año escolar 2017, ¿recibe alguno de los siguientes créditos universitarios para pagar la carrera que estudia?

- Se entiende por semana normal, una semana en que el niño/a asiste al colegio, de lunes a viernes.*
- Registre máximo 2 alternativas*
1. En el establecimiento educacional como parte de la extensión horaria
2. En un establecimiento destinado al cuidado extraescolar
3. En el lugar de trabajo del padre, madre o cuidador/a del niño/a
4. En su hogar
5. En otro hogar

1. Sí, crédito universitario o Fondo Solidario
2. Sí, crédito CORFO
3. Sí, crédito con garantía estatal o aval del Estado
4. Sí, crédito otorgado por la institución donde estudia
5. Sí, crédito familiar
6. Sí, crédito de institución financiera
7. Sí, otro crédito
8. No

e17. En el año escolar 2017, ¿paga por la carrera que estudia?

e0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Educación?

1. Sí
2. No, tiene beneficio de gratuidad **Pasa a e0**
3. No, tiene una beca o crédito que cubre el 100% del arancel **Pasa a e19**
- Registre por observación*
- e18.a. En el año escolar 2017, ¿cuánto paga mensual mente por la carrera que estudia?**
1. Contesta al menos una pregunta
2. Presente, pero no contesta
3. No está presente
- Anote el monto mensual declarado en pesos*
- Si no sabe anote 99*

e18.b. ¿Quién (o quiénes) responde(n) la pregunta e18a?

| | | | | | | | | |
|-----|-----|------------------|-------|-----------|-----------|--|---|---|
| e16 | e17 | e18.a Monto (\$) | e18.b | Crédito 1 | Crédito 2 | | 1 | 2 |
|-----|-----|------------------|-------|-----------|-----------|--|---|---|

| | | | | e19.1 Tipo | e19.2 Tipo | e0 | |
|--|--|--|--|------------|------------|----|----|
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | 10 |

13

o1. La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?

1. Sí *Pasa a o9.a*
2. No

o2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad por lo menos durante una hora

...por un salario o remuneración?
 ...en su empresa o negocio?
 ...para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)?
 ...por pago en especies?
 ...como aprendiz o realizando una práctica remunerada?
 ...de venta, sin incluir bienes del hogar? ...agrícola, minera o artesanal para la venta?

1. Sí *Pasa a o9.a*
2. No

o3. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo, negocio u otra actividad del cual estuvo ausente temporalmente por licencia, permiso postnatal parental, huelga, enfermedad, vacaciones, suspensión temporal u otra razón?

1. Sí *Pasa a o9.a*
2. No

o4. ¿Ha trabajado alguna vez?

1. Sí
2. No

o5. Si le ofrecieran un trabajo, ¿estaría disponible para comenzar a trabajar?

Lea alternativas

1. Sí, ahora mismo
2. Sí, en otra época del año
3. No

o6. ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas?

1. Sí *Pasa a o8*
2. No

MÓDULO O: Trabajo

Personas de 15 años o más

o7. ¿Cuál es la razón o razones por la(s) que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas?

*No lea las alternativas
 Registre respuesta espontánea por orden de prioridad (anote en "Razón 1" la que la persona considera más importante entre las dos)*

Posibilidad de empezar a trabajar pronto

1. Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará pronto una actividad por cuenta propia
2. Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas

Alternativas 1 y 2 Pasan a o8

Limitaciones de condiciones familiares o personales

3. No tiene con quien dejar a los niños
4. No tiene con quien dejar a adultos mayores
5. No tiene con quien dejar a otro familiar
6. Está enfermo o tiene una discapacidad

Percepción de limitaciones personales

7. Piensa que nadie le dará trabajo

(porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.)

Condiciones laborales no se adecuan a expectativas

8. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan
9. Ofrecen sueldos muy bajos

Tiene otra actividad o renta

10. Quehaceres del hogar
11. Estudiante
12. Jubilado(a), pensionado(a) o montepiado(a)
13. Tiene otra fuente de ingreso (seguro de cesantía, mesadas, rentas, transferencias del Estado, etc.)

Otros

14. Se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible
15. Busca cuando realmente lo necesita o tiene trabajo esporádico
16. No tiene interés en trabajar
17. Otra razón

Alternativas 3 a 17 Pasan a o28

o8. ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo?

Señale el número de semanas cumplidas

| | o1 | o2 | o3 | o4 | o5 | 06 | o7. Razón 1 | o7. Razón 2 | o8 |
|----|----|----|----|----|----|----|-------------|-------------|----|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |

14

Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)

Ahora quisiera preguntarle acerca de su trabajo o negocio principal

o9.a. ¿Cuál es su ocupación u oficio?

Indique el nombre completo del empleo y facilite detalles, por ejemplo:

- Recolector de frutas
- Profesor de escuela nivel secundario
- Enfermera titulada
- Conductor de bus
- Guardia de seguridad
- Gerente de una empresa

o9.b. ¿Qué hace usted en su trabajo o negocio principal?

Facilite detalles, por ejemplo:

- Recoger y transportar uvas
- Enseñar matemáticas
- Cuidar enfermos y administrar medicamentos
- Transportar pasajeros entre ciudades
- Vigilar y controlar entrada en una empresa
- Administrar una empresa de productos lácteos

| o9.a | o9.b | |
|------|------|----|
| | | 1 |
| | | 2 |
| | | 3 |
| | | 4 |
| | | 5 |
| | | 6 |
| | | 7 |
| | | 8 |
| | | 9 |
| | | 10 |

**trabaja
habitualmente por**

Ocupados Asalariados por Empresa Contratista (o20=2,3) Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)

u. ocupación principal**o21. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución que le paga?**

- Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución que le paga su sueldo

- En caso que la empresa o institución tenga múltiples actividades, se debe describir la actividad principal de la empresa. Para mayor detalle, ver manual

- Ejemplos de descripción incompleta: construcción, mantención, seguridad, higiene, educación, etc.

- Ejemplos de descripción completa: construcción de obras civiles, mantención de equipamiento minero, servicio de seguridad para instituciones, servicio de higiene para empresas, corporación municipal que administra educación y salud, etc.

o22. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?

- Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución en que la persona realiza su actividad

- En caso que la empresa o institución tenga múltiples establecimientos y actividades, se debe describir actividad principal del establecimiento en que trabaja la persona. Para mayor detalle, ver manual

- Ejemplos de descripción incompleta: fábrica, comercio, taller, construcción, minería, etc.

- Ejemplos de descripción completa: fábrica de envases de vidrio, comercio de zapatillas, taller de reparación de autos, construcción de edificio, extracción de cobre, etc.

o23. ¿Cuántas personas trabajan en total en ese negocio o empresa o institución en Chile?

Lea alternativas

- A. Solo 1 persona (el entrevistado)
 B. De 2 a 5 personas
 C. De 6 a 9 personas
 D. De 10 a 49 personas
 E. De 50 a 199 personas
 F. 200 y más personas
 X. No sabe

C
A
B
E
N
D
O
F
X

| o21 | o22 | o23 | |
|-----|-----|-----|----|
| | | | 1 |
| | | | 2 |
| | | | 3 |
| | | | 4 |
| | | | 5 |
| | | | 6 |
| | | | 7 |
| | | | 8 |
| | | | 9 |
| | | | 10 |

MÓDULO O: Trabajo

Responda para cada organización

Asociación gremial

- c) Asociación gremial sectorial
 d) Colegio profesional

o24. ¿En su empleo principal, pertenece a alguna de las siguientes organizaciones en relación con su trabajo?

- a) Sindicato (de empresa, inter-empresa, de trabajadores eventuales o transitorios, o de trabajadores independientes)

Para trabajadores de la Administración Pública b)
 Asociación de funcionarios

1. Sí
 2. No
 9. No sabe

Ocupados (o1=1, o2=1, o3=1)

o25.a. En un día habitual, ¿cuánto tiempo en total tarda en llegar desde su vivienda a su lugar principal de trabajo? (Horas - minutos)

Si o25.a Horas=0 y o25.a Minutos =0 **Pasa a o26**
(Trabaja en casa o inicia su recorrido en casa)

o25.b. ¿Cuántas veces a la semana realiza este viaje?

o25.c. ¿Qué medio de transporte utiliza

habitualmente para realizar este viaje?

Si usa más de un medio de transporte para llegar al trabajo, marque el medio que utiliza para recorrer la mayor distancia.

1. Transporte público (bus, microbús, metro, taxi colectivo, etc.) **Pasa a o25d**
2. Vehículo motorizado particular (auto, camioneta, motocicleta, otro) **Pasa a o25e**
3. A pie
4. En bicicleta

2. Microbús
3. Metro
4. Taxi colectivo
5. Taxi, radiotaxi o similar
6. Tren o Metrotren

Todos pasan a o26

Personas que responden en o25c=2

o25.e. ¿Qué tipo de vehículo motorizado particular?

1. Auto
2. Camioneta
3. Motocicleta

Personas que responden en o25c=1

o25.d. ¿Qué tipo de transporte público?

1. Bus (interurbano o interprovincial)
 4. Transporte institucional (vehículo o bus de la institución o empresa)
 5. Otro vehículo no motorizado. Especifique
 5. Otro transporte particular
 6. Otro vehículo motorizado. Especifique
- Pasa a o26**

| | | | | | | | | | | | |
|----|------------|----------------------------|------------------------------|---------------------|-------|---------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| | | Administración Pública | Asociación Gremial | | | | | | | | |
| | Sindicatos | Asociación de funcionarios | Asociación gremial sectorial | Colegio profesional | o25.a | | | | | | |
| | o24.a | o24.b | o24.c | o24.d | Horas | Minutos | o25.b | o25.c | o25.c Especifique | o25.d | o25.e |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |

MÓDULO Y: Ingresos

7.1
9
2
NE
SA
C

respuestas al Módulo Trabajo

Asigne código 1,2,3 o 4 según corresponda

1. Asalariado

• Si o15=3,4,5,6,7 u 8 **Pasa a y1**

2. Patrón o Empleador • Si o15=1

Pasa a y7

2. Trabajador Cuenta Propia • Si o15=2

Pasa a y7

3. Familiar No Remunerado • Si o15=9

Pasa a y11

3. Inactivos y Desocupados • Responde o4

Pasa a y11

4. Menores de 15 años **Pasa a y12**

y1. El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?

INCLUYA los descuentos por planilla de:

- préstamos y consumos en casas comerciales
- cuotas sindicales o a clubes
- días de licencia médica y subsidio maternal
- ahorro previsional voluntario o ahorro voluntario

EXCLUYA los descuentos legales correspondientes a:

- sistema previsional
- sistema de salud
- impuestos a las remuneraciones

EXCLUYA también los pagos por:

- horas extras
- bonificaciones
- gratificaciones
- aguinaldos y otros beneficios
- asignaciones familiares

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

y2. El mes pasado, ¿a cuántos días y horas pactadas con su empleador correspondió ese sueldo o salario?

pactadas por contrato o acuerdo con su empleador

Excluya las horas extraordinarias

- Si no sabe días anote 99
- Si no sabe horas anote 999

Suma 20

Anote el total de días y horas mensuales

| | Ch1 | y1 | y2. Días | y2. Horas |
|----|-----|----|----------|-----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

20

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero

Mes pasado

y3. Además del ingreso que recién declaró (y1), ¿recibió el mes pasado algunos de los siguientes tipos de ingresos provenientes de su ocupación principal?

¿Me puede indicar cuánto recibió por ...?

Lea alternativas

- a) Horas extras
- b) Comisiones
- c) Propinas
- d) Asignaciones por vivienda, transporte, educación de los hijos y semejantes

¿Y con qué periodicidad recibió este ingreso? (P)

- 1. Diario
- 2. Semanal (1 vez por semana)
- 3. Quincenal (cada 2 semanas)
- 4. Mensual (1 vez por mes)
- 5. Bimestral (cada 2 meses)
- 6. Trimestral (cada 3 meses)
- 7. Cuatrimestral (cada 4 meses)
- 8. Semestral (cada 6 meses)
- 9. Anual (1 vez por año)
- X. No sabe

Para cada tipo de ingreso:

• Anote el monto declarado en pesos • Si no tuvo ingreso anote 0

Suma 21

• Si no sabe anote 99 (Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

| y3.a Horas extras | | y3.b Comisiones | | y3.c Propinas | | y3.d Asignaciones | | |
|-------------------|---|-----------------|---|---------------|---|-------------------|---|----|
| Monto(\$) | P | Monto(\$) | P | Monto(\$) | P | Monto(\$) | P | |
| | | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | | 10 |

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal -

Últimos 12 meses

y3. (Continuación) Además del ingreso que recién declaró (y1), ¿recibió el mes pasado algunos de los siguientes tipos de ingresos provenientes de su ocupación principal?

8. Semestral (cada 6 meses)
9. Anual (1 vez por año)
4. En los últimos 12 meses, además de los ingresos recién declarados, ¿recibió alguno de los siguientes tipos de ingreso provenientes de su ocupación principal?

¿Me puede indicar cuánto recibió por ...?

Lea alternativas

- e) Viáticos no sujetos a rendición
- f) Otros. Especifique

¿Me puede indicar cuánto recibió por ...?

Lea alternativas

- a) Bonificaciones o aguinaldos y otras asignaciones especiales
- b) Gratificaciones

¿Y con qué periodicidad recibió este ingreso? (P)

1. Diario
2. Semanal (1 vez por semana)
3. Quincenal (cada 2 semanas)
4. Mensual (1 vez por mes)
5. Bimestral (cada 2 meses)
6. Trimestral (cada 3 meses)
7. Cuatrimestral (cada 4 meses)

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto anual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Suma 22

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99
- X. No sabe

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor Anote en el receptor

| y3.e Viáticos no sujetos a rendición | | y3.f Otros | | | y4.a Bonificaciones o aguinaldos | y4.b Gratificaciones |
|--------------------------------------|---|------------|---|-------------|----------------------------------|----------------------|
| Monto(\$) | P | Monto(\$) | P | Especifique | Monto(\$) | Monto(\$) |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 10 | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en dinero Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies

Últimos 12 meses

y4. (Continuación) Durante los últimos 12 meses, además de los ingresos recién de clarados, ¿recibió alguno de los siguientes tipos de ingreso derivados de su ocupación principal?

Lea alternativas

¿Me puede indicar cuánto recibió por...?

c) Sueldo adicional, por sobre la remuneración mensual (décimo tercer mes) d) Otros similares. Especifique

y5. El mes pasado, ¿recibió en su trabajo principal alguno de los siguientes beneficios?
Por favor, no incluya los elementos que le entregan exclusivamente para la realización de su trabajo.
Sólo incluya aquellos que le entregan para su uso privado. ¿Me puede indicar

el monto estimado en pesos? Lea alternativas

- a) Alimentos y bebidas
- b) Vales de alimentación

Para cada tipo de ingreso:
• Anote el monto mensual declarado en pesos
• Si no tuvo ingreso anote 0
• Si no sabe anote 99

Suma 23

Para cada tipo de ingreso:
• Anote el monto anual declarado en pesos
• Si no tuvo ingreso anote 0
• Si no sabe anote 99

Mes pasado

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor Anote en el receptor

| y4.c Sueldo adicional | y4.d Otros similares | | y5.a Alimentos y bebidas | y5.b Vales de alimentación | |
|-----------------------|----------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|---|
| Monto(\$) | Monto(\$) | Especifique | Monto(\$) | Monto(\$) | |
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

MÓDULO Y: Ingresos

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies

Mes pasado

y5. (Continuación) El mes pasado, ¿recibió en su trabajo principal alguno de los siguientes beneficios? Por favor, no incluya los elementos que le entregan exclusivamente para la realización de su trabajo. Sólo incluya aquellos que le entregan para su uso privado.

¿Me puede indicar, el monto estimado en pesos...?

Lea alternativas

- c) Vivienda o alojamiento
- d) Vehículo para uso privado
- e) Servicio de transporte
- f) Estacionamiento gratuito
- g) Teléfono

Suma 24

- Para cada tipo de ingreso:
- Anote el monto mensual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| | y5.c Vivienda o alojamiento | y5.d Vehículo | y5.e Servicio de transporte | y5.f Estacionamiento gratuito | y5.g Teléfono |
| | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

24

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies

Mes pasado

y5. (Continuación) El mes pasado, ¿recibió en su trabajo principal alguno de los siguientes beneficios? Por favor, no incluya los elementos que le entregan exclusivamente para la realización de su trabajo. Sólo incluya aquellos que le entregan para su uso privado.

¿Me puede indicar, el monto estimado en pesos...?

Lea alternativas

- h) Vestimenta
- i) Servicios de guardería o sala cuna
- j) Leña u otro tipo de combustible de uso doméstico
- k) Bienes o servicios producidos por el empleador
- l) Otros similares

Suma 25

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor

| y5.h Vestimenta | y5.i Sala cuna | y5.j Leña | y5.k Bienes o servicios del empleador | y5.l Otros | |
|-----------------|----------------|-----------|---------------------------------------|------------|---|
| Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | |
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

25

MÓDULO Y: Ingresos

Trabajador por cuenta propia (o15=2)
Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración
en dinero Mes pasado

Asalariados (o15=3,4,5,6,7 u 8)
Ingresos del trabajo - Ocupación secundaria (o26=1)
Mes pasado

Patrón o Empleador (o15=1), Independiente o

Ch2. Chequeo de ocupación secundaria.

Revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo Trabajo

Asigne código 1 o 2 según respuesta en o26

1. Si o26=1 (Tiene ocupación secundaria) **Pasa a y6**

2. Si o26=2 (No tiene ocupación secundaria) **Pasa a y12**

Se incluye el total de los ingresos líquidos recibidos el mes anterior por todos los trabajos distintos al principal, contemplando ingresos en dinero y en especie.

- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

En caso de haber ingresos en especies, deben valorarse a precios de mercado, según juicio de la persona encuestada

Pasa a y12

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

y7. ¿Cuánto dinero retiró el mes pasado de su negocio o actividad para sus gastos propios o de su hogar? Incluya su propio sueldo si lo tiene.

Suma 26

y6. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total, que usted recibió por otro u otros trabajos u ocupaciones, además de su ocupación principal? Considere ingresos en dinero y en especie.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos

Anote en el receptor Anote en el receptor

| | | | |
|---|-----|-------------------------|---------------------|
| A | | y6 Ocupación secundaria | y7 Retiro de dinero |
| C | | | |
| | Ch2 | Monto(\$) | Monto(\$) |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

26

Patrón o Empleador (o15=1), Independiente o Trabajador por cuenta propia (o15=2)

Ingresos del trabajo - Ocupación principal - Remuneración en especies
Mes pasado
Ingresos del trabajo - Ocupación principal -

Remuneración en dinero
Últimos 12 meses
Ingresos del trabajo - Ocupación secundaria

(o26=1) Mes pasado

y8. El mes pasado, ¿cuánto retiró en productos de su negocio o actividad para consumo propio o de su hogar? Estime el monto que hubiera tenido que pagar por estos productos.

ganancias derivadas de la venta de productos silvoagropecuarios, mineros o pesqueros en su negocio o actividad?

ocupación secundaria) **Pasa a y10**

2. Si o26=2 (No tiene ocupación secundaria) **Pasa a y12**

y10. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total, que usted recibió por otro u otros trabajos u ocupaciones además de su ocupación principal? Considere ingresos en dinero y en especies.

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Para este ingreso:

- Anote el monto anual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Ch3. Chequeo de ocupación secundaria.

Revise la clasificación de los entrevistados según las respuestas al Módulo Trabajo

Se incluye el total de los ingresos líquidos recibidos el mes anterior por todos los trabajos distintos al principal, contemplando ingresos en dinero y en especies.

- En caso de haber ingresos en especies, deben valorarse a precios de mercado, según juicio de la persona encuestada.

Suma 27

y9. En los últimos 12 meses, ¿cuánto recibió Ud. por

Anote en el receptor Anote en el receptor Anote en el receptor

Asigne código 1 o 2 según respuesta en o26

Pasa a y12

1. Si o26=1 (Tiene

Para este ingreso:

C
A
B
EN

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|--|--------------------------|--------|
| y8 Retiro de productos | y9 Ganancias por ventas | | y10 Ocupación secundaria | 1 9 |
|------------------------|-------------------------|--|--------------------------|--------|

| Monto(\$) | Monto(\$) | Ch3 | Monto(\$) | |
|-----------|-----------|-----|-----------|----|
| | | | | 1 |
| | | | | 2 |
| | | | | 3 |
| | | | | 4 |
| | | | | 5 |
| | | | | 6 |
| | | | | 7 |
| | | | | 8 |
| | | | | 9 |
| | | | | 10 |

MÓDULO Y: Ingresos

Familiares no remunerados (o15=9), Desocupados o Inactivos (o4=1,2)

Ingresos del trabajo de familiares no remunerados, desocupados e inactivos

Mes pasado

y11. El mes pasado, ¿recibió algún sueldo o pago por trabajos, actividades o negocios que usted haya realizado ese mes?

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Todas las personas

Otros ingresos de origen privado

Mes pasado

y12. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

- a) Arriendo de propiedades urbanas
- b) Arriendo de maquinarias, animales o implementos

Para cada tipo de ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

Anote en el receptor Anote en el receptor

| A C | y11 | y12.a Arriendo urbano | y12.b Arriendo maquinarias |
|--------|-----------|-----------------------|----------------------------|
| | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 1 0 | | | |

28

a) Pensión de alimentos

Todas las personas

Otros ingresos de origen privado

y13. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

b) Dinero aportado por familiares ajenos al hogar residentes en el país c) Dinero aportado por familiares ajenos al hogar residentes fuera del país

Mes pasado
Personas de 12 años o más
• Si no sabe anote 99

y14. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

Para cada tipo de ingreso:
• Anote el monto mensual declarado en pesos
• Si no tuvo ingreso anote 0

Suma 29

a) Remuneración por trabajos ocasionales (No incluir los ingresos declarados en y6, y10 e y11)

- Anote el monto mensual declarado en pesos
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99

(Continúa en la página siguiente)

A
B
EN

Para cada tipo de ingreso:

Anote en el receptor Anote en el receptor

| y13.a Pensión alimento | y13.b Aporte familiar país | y13.c Aporte familiar | y14.a Trabajo ocasional | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|----|
| Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | |
| | | | | 1 |
| | | | | 2 |
| | | | | 3 |
| | | | | 4 |
| | | | | 5 |
| | | | | 6 |
| | | | | 7 |
| | | | | 8 |
| | | | | 9 |
| | | | | 10 |

MÓDULO Y: Ingresos

Personas de 12 años o más Todas las personas Otros ingresos de origen privado

Mes pasado

Últimos 12 meses

y14. (Continuación) El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

- b) Trabajos realizados antes del mes anterior
- c) Seguro de desempleo o de cesantía

y15. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por...?

- a) Intereses por depósitos
- b) Dividendos por acciones o bonos financieros
- c) Retiro de utilidades de empresas

0
 2
 Para cada tipo de ingreso:
 • Anote el monto mensual declarado en pesos • Si no tuvo ingreso anote 0
 • Si no sabe anote 99
 Para cada tipo de ingreso:
 • Anote el monto anual declarado en pesos • Si no tuvo ingreso anote 0
 • Si no sabe anote 99
Suma 30

71

N
E
S

*Anote en el receptor**Anote en el receptor*

| A C | y14.b Trabajo anterior | y14.c Seguro | y15.a Intereses | y15.b Dividendos | y15.c Utilidades |
|--------|------------------------|--------------|-----------------|------------------|------------------|
| | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

y17. En los últimos 12 me ses, ¿consumió productos agropecuarios producidos o recolectados por el hogar?
Por favor, estime el monto que hubiera tenido que pagar

Ejemplos productos: carnes, lácteos, huevos y aves, productos de la huerta, leña, productos del mar, otros alimentos, etc.

y16. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por...?

a) Arriendo de propiedades agrícolas (tierras e instalaciones) b) Arriendo de propiedades por temporadas (urbanas o rurales)

Para este ingreso:
• Anote el monto anual decla rado en pesos
• Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 99
y18. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por..?

a) Indemnización por despido o renuncia (Finiquitos)
b) Donaciones de instituciones o personas ajenas al hogar

Suma 31

Para cada tipo de ingreso:
• Anote el monto anual declarado en pesos
• Si no tuvo ingreso anote 0
• Si no sabe anote 99
Todas las personas

Para cada tipo de ingreso:
• Anote el monto anual declarado en pesos
• Si no tuvo ingreso anote 0
• Si no sabe anote 99

Otros ingresos de origen privado Últimos 12 meses

(Continúa en la página siguiente)

Anote en el receptor Anote en el receptor Anote en el receptor

| y16.a Arriendo agrícola | y16.b Arriendo temporada | y17 Autoconsumo | y18.a Despido | y18.b Donación | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|----------------|----|
| Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | Monto(\$) | |
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

MÓDULO Y: Ingresos

31

Otros ingresos de origen

privado Últimos 12 meses

Todas las personas

y18. (Continuación) En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por..?

- c) Devolución de impuestos
- d) Otros ingresos. Especifique

- Para cada tipo de ingreso:
- Anote el monto anual declarado en pesos
 - Si no tuvo ingreso anote 0
 - Si no sabe anote 99

Suma 32

Anote en el receptor

| | | | |
|-------------|-------------------------------|----------------------|-------------|
| S A C | y18.c Devolución de impuestos | y18.d Otros ingresos | |
| | Monto(\$) | Monto(\$) | Especifique |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

Subsidios o transferencias del
Estado Mes pasado

y19. El mes pasado, ¿recibió Asignación Familiar?
Indi que el tramo y el número de asignaciones que recibió.

y20. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...? *Solicite colilla de pago.*

Todas las personas
MOSTRAR TARJETA Y19 “TRAMOS ASIGNACIÓN FAMILIAR”

Solicite colilla de pago.
Si no está, registre declaración.

1. Sí
2. No
9. No sabe

Lea alternativas

1. Tramo 1: \$11.091 (sueldo bruto hasta \$283.312) 2. Tramo 2: \$6.806 (sueldo bruto entre \$283.313 y \$413.808) 3. Tramo 3: \$2.151 (sueldo bruto entre \$413.809 y \$645.400) 4. No recibió

Recuerde contar 1 asignación para embarazadas, 2 para inválidos y 1 para el resto
Si no está, registre declaración.

Lea alternativas

SUBSIDIO FAMILIAR (SUF)
a) Subsidio familiar al menor o recién nacido (\$11.091)
b) Subsidio de asistencia maternal (\$110.910 por una sola vez, equivalente a 10 meses)
c) Subsidio familiar a la madre (\$11.091)

SUBSIDIO FAMILIAR DUPLO
d) Subsidio familiar por invalidez (\$22.182)

SUBSIDIO A LA DISCAPACIDAD MENTAL
e) Subsidio a la discapacidad mental (\$66.104)

Registre para cada tipo de ingreso

C
A
B
E
N

| y19 Asignación Familiar | | Subsidio Familiar (SUF) | | | Familiar Duplo | Discapacidad Mental | |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|-------|-------|----------------|---------------------|----|
| Tramo | Nº Asignaciones | y20.a | y20.b | y20.c | y20.d | y20.e | |
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | 10 |

33

MÓDULO Y: Ingresos

Jefe (a) de núcleo Todas las personas Subsidios o transferencias del Estado

Mes pasado

y21a. ¿Participa su núcleo familiar en Chile Solidario? **y22. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...**

Solicite colilla de pago.

Si no está, registre declaración.

Lea alternativas

MOSTRAR TARJETA Y22 "BONOS DE PROTECCIÓN FAMILIAR"

1. Sí participa **Pasa a y22**

y23. El mes pasado, ¿recibió ingresos

Si no está, registre declaración.

entre los meses 25 y 60

a) Bono Base Familiar?

1. Sí

2. No

9. No sabe

2. No, estaba participando pero ya egresó

3. No, estaba participando pero se retiró

4. No, fue invitada pero no aceptó

5. No, no ha sido invitada 6. No, otra razón

a. Bono de protección familiar: \$16.634 mensuales, los 6 primeros meses

b. Bono de protección familiar: \$12.675 mensuales entre el mes 7 y el año

c. Bono de protección familiar: \$8.713 mensuales entre los meses 13 y 18

d. Bono de protección familiar: \$11.091 mensuales entre los meses 19 y 24

e. Bono de egreso: \$11.091 mensuales

¿Me puede indicar el monto?

Para este ingreso:

• Anote el monto mensual declarado en pesos.

• Si no tuvo ingreso anote 0

• Si no sabe anote 99.

b) Bono Control del Niño Sano al Día (\$6.000 por niño/a menor de seis años)?

c) Bono Deberes por Asistencia Escolar (\$6.000 por niño/a y adolescente entre 6 y 18 años)?

1. Sí

2. No

9. No sabe

y21b. ¿Participa su núcleo familiar en el Programa Seguridades y Oportunidades (Ingreso Ético Familiar)?

1. Sí

Solicite colilla de pago.

2. No **Suma 34**

Registre para cada tipo de ingreso

1. Sí

2. No

7
1
9
2

Anote en jefe(a) de núcleo Anote en el receptor Anote en el receptor (a) Anote en el causante (b y c) .

| E S A C | y21a Chile Solidario | y21b Ingreso Ético Familiar | y22 Bonos de Protección Familiar y de Egreso | | | | | y23.a Bono Base Familiar | y23.b Bono Control Niño Sano | y23.c Bono Asistencia Escolar |
|------------------|----------------------|-----------------------------|--|-------|-------|-------|-------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | y21a | y21b | y22.a | y22.b | y22.c | y22.d | y22.e | Monto(\$) | y23.b | y23.c |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

34

Jefe (a) de hogar Todas las personas Subsidios o transferencias del Estado

Mes pasado

y24. El mes pasado, ¿recibió Subsidio de Agua Potable (SAP)?
¿Me puede indicar el monto? Para este ingreso:

y25. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por...?
Solicite colilla de pago.
Si no está, registre declaración.
Lea alternativas

Últimos 12 meses

• Anote el monto declarado en pesos • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 99

Solicite cuenta de agua potable. Si no está, registre declaración.

a) Aporte familiar permanente (ex Bono Marzo)

MOSTRAR TARJETA Y25A “APORTE FAMILIAR PERMANENTE (EX-BONO MARZO)”

Anote en receptor (a)

1. \$44.209 por la familia o por un causante

2. \$88.418 por 2 causantes

3. \$132.627 por 3 causantes

4. \$176.836 por 4 causantes

5. \$221.045 por 5 causantes

6. \$265.254 por 6 causantes

7. \$309.463 por 7 causantes

8. \$353.672 por 8 causantes

9. \$397.881 por 9 causantes

10. \$442.090 por 10 causantes

11. \$486.299 por 11 causantes

12. \$530.508 o más por 12 o más causantes

0. No recibió

99. No sabe

b) Bono por logro escolar

1. \$34.666

2. \$57.776

0. No recibió

9. No sabe

c) Bono Bodas de Oro (\$153.758 por

cónyuge)

Anote en causante

1. Si

2. No

9. No sabe

d) Bono de Invierno (\$59.188)

Anote en causante

1. Si

2. No

9. No sabe

Suma 35

Anote en jefe(a) de hogar Anote en el receptor (y25.a) Anote en el causante (y25.b - y25.c - y25.d)

| y24 Subsidio Agua Potable | Aporte Familiar Permanente | Bono por Logro Escolar | Bono Bodas de Oro | Bono de Invierno | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|------------------|----|
| Monto(\$) | y25.a | y25.b | y25.c | y25.d | |
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

35

MÓDULO Y: Ingresos

Subsidios o transferencias del

Estado Últimos 12 meses

Todas las personas

y25. (Continuación) En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por... ?

1. Mensual
2. Anual

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Lea alternativas

- g) Otro subsidio del Estado (ejemplo subsidios regionales). Especifique

Para cada tipo de ingreso (e, f, g)

- Anote el monto declarado en pesos.
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 99.

¿Y con qué periodicidad recibió el subsidio (e, f, g)? (P)

Suma 36

Anote en el causante

| B A C | y25.e Subsidio Empleo Joven | | y25.f Bono al trabajo de la mujer | | y25.g Otro subsidio del Estado | | |
|-------------|-----------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|-------------|
| | Monto(\$) | P | Monto(\$) | P | Monto(\$) | P | Especifique |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

pasado

[illegible]

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | | | | | 10 |

MÓDULO Y: Ingresos

Personas que responden y26.1b = 1 Personas que responden y26.1c = 1 Jubilación o Pensión de Vejez con Aporte Previsional Solidario Jubilación o Pensión de Vejez Mes pasado Mes pasado

y26.2b. ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Vejez (Monto1(\$)) con Aporte Previsional Solidario (Monto2(\$))?

- Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.
- Para este ingreso:
- Anote el monto mensual declarado en pesos.
 - Si no sabe anote 99.

y26.3b. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3
“INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS”.

- Lea alternativas
1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
 2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
 3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
 4. Mutua / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
 5. Compañía de Seguros
 6. Otra institución
 9. No sabe

y26.4b. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)

y26.2c ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de

- Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3b
1. Renta vitalicia inmediata
 2. Retiro programado
 3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
 4. Renta vitalicia inmediata con

retiro programado 9. No sabe / No responde

Suma 38
Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3c

1. Renta vitalicia inmediata

Vejez? (Monto (\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración. Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3c ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3
“INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS”. Lea alternativas

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
4. Mutua / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución
9. No sabe

y26.4c ¿Cuál es la modalidad de la Pensión que recibe? (Mod)

2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor Anote en el receptor

| | Jubilación o Pensión de Vejez con Aporte Previsional Solidario | | | | Jubilación o Pensión de Vejez | | |
|---|--|---------------------|--------------|-------------|-------------------------------|-------------|------------|
| | y26.2b Monto 1 (\$) | y26.2b Monto 2 (\$) | y26.3b Inst. | y26.4b Mod. | y26.2c Monto (\$) | y26.3c Inst | y26.4c Mod |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

Personas que responden y26.1e=1

Jubilación o Pensión de Invalidez con Aporte Previsional Solidario Mes pasado

y26.2e. ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Invalidez (Monto1 (\$)) con Aporte Previsional Solidario (Monto2 (\$))?

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3e. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 “INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS”. Lea alternativas

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
4. Mutual / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución
9. No sabe

y26.4e. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)

Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3e

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
9. No sabe / No responde

Suma 39

Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3f

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado

38

Personas que responden y26.1f=1

Jubilación o Pensión de Invalidez Mes pasado

y26.2f. ¿Me podría indicar el monto de la Jubilación o Pensión de Invalidez? (Monto (\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3f. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 “INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS”. Lea alternativas

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
4. Mutual / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución
9. No sabe

y26.4f. ¿Cuál es la modalidad de la Pensión que recibe? (Mod)

9. No sabe / No responde

Anote en el receptor Anote en el receptor

| | | |
|--|-----------------------------------|-------------|
| Jubilación o Pensión de Invalidez con Aporte Previsional Solidario | Jubilación o Pensión de Invalidez | 0 1 2 |
|--|-----------------------------------|-------------|

| y26.2e Monto 1 (\$) | y26.2e Monto 2 (\$) | y26.3e Inst . | y26.4e Mo d. | y26.2f Monto(\$) | y26.3f Inst | y26.4f Mod | |
|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|------------------|----------------|---------------|----|
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | 10 |

MÓDULO Y: Ingresos

Personas que responden y26.1g=1 Personas que responden y26.1h=1 Personas que responden y26.1i=1

Montepío o Pensión de Viudez Pensión de Orfandad Pensión por Leyes Especiales

y26.2g. ¿Me podría indicar el monto de la Montepío o Pensión de Viudez? (Monto(\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración. Por este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3g. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

Lea alternativas

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA) o Mutual / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros
6. Otra institución
9. No sabe

y26.4g. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que

- recibe? (Mod)**
Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3g
1. Renta vitalicia inmediata

2. Retiro programado

3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado

9. No sabe / No responde

y26.2h. ¿Me podría indicar el monto de la Pensión de Orfan dad? (Monto(\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración. Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3h. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 "INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS".

Lea alternativas

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de

Normalización Provisional) 3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA) 4. Mutual / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)

- ## 5. Compañía de Seguros

Mes pasado Mes pasado Mes pasado

6. Otra institución
9. No sabe

y26.4h. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod)

Sólo sí contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3h

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado 9. No sabe / No responde

y26.2i. ¿Me podría indicar el monto de la pensión por leyes especiales? (Monto (\$))

Solicite colilla de pago.

Si no está, registre declaración.

Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

Suma 40

Anote en el receptor Anote en el receptor Anote en el receptor

| E A C | Montepío o Pensión de Viudez | | | Pensión de Orfandad | | | Pensión por Leyes Especiales |
|-------------|------------------------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|---------------------------------|
| | y26.2g Monto(\$) | y26.3g Inst | y26.4g Mod | y26.2h Monto(\$) | y26.3h Inst | y26.4h Mod | y26.2i Monto(\$) |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 1 0 | | | | | | | |

40

Personas que responden y26.1j=1 Personas de 15 años o más Otra Personas de 12 años o más

Pensión Inclusión financiera

Mes pasado

y26.2j. ¿Me podría indicar el monto de la otra Pensión o Jubilación? (Monto (\$))

Solicite colilla de pago. Si no está, registre declaración. Para este ingreso:

- Anote el monto mensual declarado en pesos.
- Si no sabe anote 99.

y26.3j. ¿Me puede indicar qué institución pagó estos beneficios? (Inst)

MOSTRAR TARJETA Y26.3 “INSTITUCIONES PAGADORAS DE JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPIOS”.

Lea alternativas

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones
2. IPS, Instituto de Previsión Social (Ex INP, Instituto de Normalización Previsional)
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
4. Mutua / Instituto de Seguridad Laboral (ISL)
5. Compañía de Seguros

6. Otra institución
9. No sabe / No responde

y26.4j. ¿Cuál es la modalidad de la pensión que recibe? (Mod) Sólo si contestó AFP o Compañía de Seguros en y26.3j

1. Renta vitalicia inmediata
2. Retiro programado
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro

programado
9. No sabe / No responde

Anote en el receptor

y27. ¿Tiene usted?:

Lea alternativas

Registre para cada instrumento

- a) Cuenta de ahorro o depósito a plazo
- b) Cuenta corriente
- c) Cuenta de depósitos a la vista o “CuentaRut”
- d) Tarjeta de débito (emitidas por bancos y cooperativas de ahorro y crédito)
- e) Tarjeta de crédito bancaria
- f) Tarjeta de crédito no bancaria
- g) Línea de crédito

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe / No responde

y0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Ingresos?

Registre por observación

- 1. Contesta al menos una pregunta
- 2. Presente, pero no contesta
- 3. No está presente

Suma 41

| Otra Pensión o Jubilación | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|----|----|
| y26.2j Monto (\$) | y26.3j Inst | y26.4j Mod | y27.a | y27.b | y27.c | y27.d | y27.e | y27.f | y27.g | | y0 | |
| | | | | | | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | | | | | | 10 |

41

MÓDULO S: Salud

Personas de 0 a 9 años Personas de 0 a 6 años Personas de 60 años o más Mujeres de 12 a 49 años Personas de 12 años o más

s1. ¿Cuál es el estado nutricional de [NIÑO/A]?

Solicitar Carnet de Control del niño(a). En caso que no lo tenga registre lo que reporte el entrevistado

Registre X en la columna "s1.C" si la respuesta es dada a partir del Carnet de Control del niño(a).

1. Desnutrido o en riesgo de desnutrición
2. Normal
3. Sobrepeso
4. Obeso
9. No sabe

7
1
0
2

N
E
S

s2. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimentos del consultorio u hospital?

MOSTRAR TARJETA S2 "ALIMENTOS NIÑOS".

Registre hasta 2 tipos de alimentos
Lea alternativas

1. Sí, Leche Purita Fortificada
 2. Sí, Purita Cereal
 3. Sí, Mi Sopita
 4. Sí, fórmula para prematuros
 5. Sí, fórmula de inicio
 6. Sí, fórmula para errores innatos del metabolismo (INTA)
 7. No retiró alimentos
 9. No sabe / No recuerda
- s3. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimentos del consultorio u hospital?

MOSTRAR TARJETA S3 "ALIMENTOS ADULTO MAYOR".

Lea alternativas

1. Sí, Bebida Láctea (Leche) y Crema Años Dorados
2. No retiró ali

mentos
9. No sabe / No recuerda
A continuación le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con fertilidad, maternidad y paternidad, las cuales están dirigidas a todas las **personas de 12 años o más.**

s4. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted en su vida?

Registre 0 si no ha tenido hijos

Registre 99 si No sabe

Alternativas 0 y 99 Pasa a s6

s5. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?

Registre el número de años

Registre 99 No sabe / No recuerda

s6. ¿Se encuentra usted en

este momento embarazada o amamantando?

1. Sí, embarazada
2. Sí, amamantando
3. No **Pasa a s8**

s7. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimentos del consultorio u hospital?

MOSTRAR TARJETA S7 "ALIMENTOS EMBARAZADAS Y NODRIZAS".

Lea alternativas

1. Sí, Leche Purita Fortificada
2. Sí, Purita Mamá
3. No retiró alimentos
9. No sabe / No recuerda

| A C | Estado Nutricional | | | | | | | | |
|--------|--------------------|------|---------------------|---------------------|----|----|----|----|----|
| | s1 | s1.c | Alimento 1 s2.a1 | Alimento 2 s2.a2 | s3 | s4 | s5 | s6 | s7 |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |

Mujeres de 15 años o más Mujeres de 35 años o más Todas las personas

s8. En los últimos tres años, ¿se ha hecho el Papa nicolau?

1. Sí, durante el último año

s10. En los últimos tres años, ¿se ha hecho una mamografía?

1. Sí, durante el último año

Lea alternativas

s13. Ahora, en una escala de 1 a 7,

s12. ¿A qué sistema previsual de salud pertenece usted?

donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud

2. Sí, hace más de un año y hasta 2 años
3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años
4. No

9. No sabe / No recuerda hasta 2 años
3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años
4. No

Pasa a s10
Pasa a s10
Pasa a s11

Pasa a s9

2. Sí, hace más de un año y hasta 2 años
3. Sí, hace más de 2 años y hasta 3 años
4. No

Pasa a s12

1. Sistema Público FONASA grupo A
2. Sistema Público FONASA grupo B

actual?

Solicitar respuesta directa a

todos los presentes de 15 años o más, en caso de ausencia solicitar respuesta

s9. ¿Por qué no se lo ha hecho?

Registre la razón principal

1. No sabe dónde hacérselo
2. Le da miedo o le disgusta
3. Se le olvida hacérselo
4. No cree que lo necesite
5. No conoce ese examen
6. No sabía que tenía que hacerse ese examen
7. El horario del consultorio no le sirve
8. No tiene tiempo
9. No ha podido conseguir hora
10. No tiene dinero
11. No le corresponde
12. Otra razón
99. No sabe
9. No sabe / No recuerda

Pasa a s12

s11. ¿Por qué no se la ha hecho?

Registre la razón principal

1. No sabe donde hacérselo
2. Le da miedo o le disgusta
3. Se le olvida hacérselo
4. No cree que lo necesite
5. No conoce ese examen
6. No sabía que tenía que hacerse ese examen
7. El horario del consultorio no le sirve
8. No tiene tiempo
9. No ha podido conseguir hora
10. No tiene dinero

11. No le corresponde
12. Otra razón
99. No sabe
3. Sistema Público FONASA grupo C
4. Sistema Público FONASA grupo D
5. Sistema Público FONASA no sabe grupo
6. FF.AA. y del Orden
7. ISAPRE
8. Ninguno (particular)
9. Otro sistema
99. No sabe
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. Muy bien
9. No sabe

Registre X en la columna “s13.P” si la respuesta es dada directamente por la persona.

1. Muy mal
- 2.

| Estado de Salud | | | | | | | 0 |
|-----------------|----|-----|-----|-----|-----|-------|----|
| s8 | s9 | s10 | s11 | s12 | s13 | s13.p | 1 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | 10 |

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |

44

Todas las personas

A continuación se le pedirá recordar las atenciones o consultas médicas que usted recibió en los últimos 3 meses ante un problema de salud, distinguiendo entre los siguientes tipos: Consulta Médica General, Consulta de Urgencia, Atención de Salud Mental, Consulta de Especialidad y Atención Dental. Por favor no considere en esta parte las visitas a centros de atención por exámenes médicos, controles de salud y hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas.

(a) ¿Cuántas consultas o atenciones recibió Ud. en los últimos 3 meses?

Si s19.a = 0
Pasa a s20.a

Si s20.a = 0
Pasa a s21.a

Si s21.a = 0
Pasa a s22.a

Si s22.a = 0
Pasa a s23.a

Si s23.a = 0
Pasa a s24.a

(b) ¿En qué establecimiento recibió la última atención?

MOSTRAR TARJETA S19B
“ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”

Lea alternativas

1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
2. Posta rural (Municipal o SNSS)
3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)
4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
6. Posta (Servicio de urgencia de hospital público)
7. Hospital público o del SNSS
8. Consulta o centro médico privado
9. Clínica u hospital privado
10. Centro de salud mental privado
11. Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
12. Servicio de urgencia de clínica u hospital privado
13. Mutua de Seguridad
14. Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
15. Otro

99. No sabe / No recuerda

(c) ¿Tuvo que hacer algún pago por la última atención?

MOSTRAR TARJETA S19C “FORMAS DE PAGO”

Registre la forma de pago principal. Lea alternativas

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
3. Sí, parcial con bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
4. Sí, parcial con bonos, reembolso o pago de deducible de ISAPRE
5. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
6. Sí, parcial por tratamiento dental en nivel secundario o terciario (sólo FONASA grupos B, C o D en Modalidad

- Institucional)
7. Sí, parcial. Otra forma de pago
8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS o por ser funcionario público del sector salud
9. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
10. No, gratuito por cobertura AUGE-GES según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
16. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido

A
 B
 99. No sabe / No recuerda

C
 17. No, gratuito. Otra forma de gratuito

D
 E
 F

| Primero le voy a preguntar por <u>Consulta Médica</u> | | | Ahora le voy a preguntar sobre <u>Consultas de Urgencia</u> | | | | Ahora le voy a preguntar sobre <u>Consultas de Salud Mental</u> | | Ahora le voy a preguntar por <u>Consulta de Especialidad</u> | | | Ahora le voy a preguntar por <u>Consultas Dentales</u> | | | |
|---|-------|-------|---|-------|-------|-------|---|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|----|
| s19.a | s19.b | s19.c | s20.a | s20.b | s20.c | s21.a | s21.b | s21.c | s22.a | s22.b | s22.c | s23.a | s23.b | s23.c | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 10 |

MÓDULO S: Salud

Todas las personas

A continuación se le pedirá recordar los exámenes médicos que usted se realizó en los últimos 3 meses, distinguiendo entre los siguientes tipos: Exámenes de Laboratorio y Exámenes de Rayos X o Radiografías. Por favor no considere en esta parte ningún otro tipo de examen distinto a los dos anteriores.

en los últimos 3 meses?

Considere como 1 examen de laboratorio a cada extracción de muestra (orina, sangre, otros) que la persona se realizó por cada visita a un centro de salud.

• Considere como 1 examen de rayos X a cada procedimiento de imagen (radiografía, ecotomografía, scanner, otros) que la persona se realizó por cada visita a un centro de salud.

Si s24.a = 0

Pasa a s25.a

Si s25.a = 0

Pasa a s26.a

(b) ¿En qué establecimiento le realizaron su último examen?

MOSTRAR TARJETA S19B

“ESTABLECIMIENTOS DE SALUD” Lea

alternativas

1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
2. Posta rural (Municipal o SNSS)

3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)
4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)
5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
6. Posta (Servicio de urgencia de hospital público)
7. Hospital público o del SNSS
8. Consulta o centro médico privado
9. Clínica u hospital privado
10. Centro de salud mental privado
11. Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
12. Servicio de urgencia de clínica u hospital privado
13. Mutua de Seguridad
14. Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
15. Otro
99. No sabe / No recuerda

(c) ¿Tuvo que hacer algún pago por el último examen? MOSTRAR TARJETA S19C

“FORMAS DE PAGO”

Registre la forma de pago principal. Lea alternativas

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
3. Sí, parcial con bonos de FONASA

4. Sí, parcial con bonos, reembolso o pago de deducible de ISAPRE
5. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
6. Sí, parcial por tratamiento dental en nivel secundario o terciario (sólo FONASA grupos B, C o D en Modalidad Institucional)
7. Sí, parcial. Otra forma de pago
8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS o por ser funcionario público del sector salud
9. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
10. No, gratuito por cobertura AUG-GESE según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes de trabajo y enfermedad de profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
16. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
17. No, gratuito. Otra forma de pago gratuito
99. No sabe / No recuerda

71

8

2

NE

9

(a) ¿Cuántos exámenes se realizó Ud.

| A C | y a preguntar por <u>Exámenes de Laboratorio</u> | | | Ahora le voy a preguntar por <u>Rayos X o Ecografías</u> | | |
|--------|--|-------|-------------|--|-------|--|
| | s24.a | s24.b | s24.c s25.a | s25.b | s25.c | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

A continuación se le pedirá recordar los controles médicos a los que usted asistió en los últimos tres meses. Por favor no considere en esta parte las visitas al médico por exámenes de salud, ni las atenciones o consultas de salud ya reportadas anteriormente

s26.a. ¿Cuántos controles de salud se realizó usted en los últimos 3 meses?

Si s26.a = 0 **Pasa a s27.a**

Lea alternativas

- 1. Consultorio general (Municipal o SNSS)
- 2. Posta rural (Municipal o SNSS)
- 3. CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)
- 4. COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)
- 5. SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
- 7. Hospital público o del SNSS
- 8. Consulta o centro médico privado
- 9. Clínica u hospital privado
- 10. Centro de salud mental privado
- 11. Establecimiento de las FF.AA. o del

Orden 13. Mutual de Seguridad

- 15. Otro
- 99. No sabe/ No recuerda

s26.d. ¿Tuvo que hacer algún pago por el último control?

MOSTRAR TARJETA S19C “FORMA DE PAGO”

Registre la forma de pago principal. Lea alternativas.

- 1. Sí, total
- 2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
- 3. Sí, parcial con bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
- 4. Sí, parcial con bonos, reembolso o pago de

- deducible de ISAPRE
- 5. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
- 6. Sí, parcial por tratamiento dental en nivel secundario o terciario (sólo FONASA grupos B, C o D en Modalidad Institucional)
- 7. Sí, parcial. Otra forma de pago
- 8. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS o por ser funcionario público del sector salud
- 9. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (sólo FONASA grupos C y D)
- 10. No, gratuito por cobertura AUGÉ-GES según condiciones
- 11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
- 12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
- 13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
- 14. No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
- 15. No, gratuito por Programa de Salud Escolar de JUNAEB
- 16. No, gratuito por servicio entregado por un familiar o conocido
- 17. No, gratuito. Otra forma de gratuito
- 99. No sabe / No recuerda

s26.b. ¿Qué tipo de control se realizó durante los últimos 3 meses?

Registre hasta 3 controles principales

- 1. Control del niño sano (0 a 9 años)
- 2. Control de embarazo
- 3. Control de enfermedades crónicas
- 4. Control ginecológico
- 5. Control preventivo del adulto (15 a 64 años)
- 6. Control preventivo del adulto mayor (65 años o más)
- 7. Control del adolescente (10 a 19 años)
- 8. Control dental
- 9. Otro control
- 99. No sabe / No recuerda

s26.c. ¿En qué establecimiento se realizó el último control?

MOSTRAR TARJETA S19B “ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”

| s26 Controles de Salud | | | | | | 1 2 |
|------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|------------|--------|
| s26.a Número | | s26.b Tipo de Control | | s26.c Establecimiento | s26.d Pago | |
| | Control 1 | Control 2 | Control 3 | | | |
| | | | | | | 1 |
| | | | | | | 2 |
| | | | | | | 3 |
| | | | | | | 4 |
| | | | | | | 5 |
| | | | | | | 6 |
| | | | | | | 7 |
| | | | | | | 8 |
| | | | | | | 9 |
| | | | | | | 10 |

MÓDULO S: Salud

Todas las personas

Finalmente le voy a preguntar por Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas

s27.a. En los últimos 12 meses, ¿ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica? *Registre hospitalización o intervención quirúrgica más reciente*

1. Sí, por enfermedad que requirió intervención quirúrgica
2. Sí, por enfermedad que sólo requirió tratamiento médico
3. Sí, por embarazo
4. Sí, por parto normal o inducido
5. Sí, por cesárea
6. Sí, por accidente que requirió intervención quirúrgica
7. Sí, por accidente que sólo requirió tratamiento médico
8. Sí, por otra razón
9. No **Pasa a s28**
99. No sabe / No recuerda **Pasa a s28**

s27.b. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado por ese problema o condición de salud?

Para intervención quirúrgica ambulatoria registre 1 día. Si no sabe o no recuerda registre 999

s27.c. ¿En qué establecimiento se hospitalizó o se realizó la intervención quirúrgica por ese problema o condición de salud?

MOSTRAR TARJETA S27C “ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL TERCIARIO”

Lea alternativas

1. Hospital Público o del SNSS
2. Clínica u Hospital Privado
3. Hospital de las FF.AA o del Orden
4. Hospital de Mutualidades

5. Otro

9. No sabe / No recuerda

s27.d. ¿Tuvo que hacer algún pago por la hospitalización (o intervención quirúrgica)?

MOSTRAR TARJETA S27D

“FORMAS DE PAGO NIVEL TERCIARIO”

Registre la forma de pago principal. Lea alternativas

1. Sí, total
2. Sí, parcial con copago FONASA grupos C y D (Modalidad Institucional)
3. Sí, parcial a través de programa médico o bonos de FONASA (Modalidad Libre Elección)
4. Sí, parcial a través de bono PAD Parto (sólo FONASA grupos B, C o D)
5. Sí, parcial a través de PAD por enfermedad que requiere hospitalización (sólo FONASA grupos B, C o D)
6. Sí, parcial a través de programa médico o bonos o pago de deducible de ISAPRE
7. Sí, parcial por cobertura de seguro escolar
8. Sí, parcial. Otra forma de pago
9. No, gratuito por pertenencia a FONASA grupos A o B o por ser beneficiario PRAIS
10. No, gratuito por cobertura AUGE-GES según condiciones
11. No, gratuito por beneficio para el adulto mayor (Sólo FONASA grupos C y D Modalidad Institucional)
12. No, gratuito por Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Mutual /ISL)
13. No, gratuito por cobertura total de seguro escolar
- 14.

s28. Durante los últimos 12 meses ¿ha estado en tratamiento

No, gratuito por cobertura 100% ISAPRE
15. No, gratuito. Otra forma de gratuito
99. No sabe / No recuerda
médico por...?

MOSTRAR TARJETA S28
“CONDICIONES DE SALUD”

Lea alternativas.

Registre la más importante

1. Hipertensión arterial
2. Urgencia odontológica
3. Diabetes
4. Depresión
5. Infarto agudo al miocardio
6. Cataratas
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8. Leucemia
9. Asma bronquial moderada o grave
10. Cáncer gástrico
11. Cáncer cérvico uterino
12. Cáncer de mama
13. Cáncer de testículo
14. Cáncer de próstata
15. Colectectomía preventiva
16. Insuficiencia renal crónica terminal
17. Accidente cerebral isquémico
18. Cáncer colorectal
19. Trastorno bipolar
20. Lupus
21. Otra condición de salud
22. No ha estado en tratamiento por ninguna condición de salud anterior
99. No sabe / No recuerda

| A C | s27 Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas | | | | Alternativas 21, 22, 99 → Pasan a s31 |
|--------|--|-------|-------|-------|---------------------------------------|
| | s27.a | s27.b | s27.c | s27.d | s28 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

48

Todas las personas

s29. Este tratamiento médico, ¿fue cubierto por el sistema AUG-GE?

- 1.Sí
2.No
9.No sabe / No recuerda

Alternativas 1 y 9 Pasan a s31

s30. ¿Por qué este tratamiento médico no fue cubierto por el sistema AUGÉ-GES?

1. Preferió elegir otro médico o establecimiento, o seguir con su médico de siempre
2. Decidió no esperar para acceder a la consulta a través del AUGÉ-GES, para solucionar su problema con mayor rapidez
3. Pensó que la atención AUGÉ-GES podría ser de baja calidad
4. Su plan de salud cubría su necesidad mejor que el AUGÉ-GES
5. El trámite para acceder al AUGÉ-GES es muy difícil
6. El AUGÉ-GES no cubría las necesidades de la enfermedad
7. No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGÉ-GES
8. No pertenece al tramo de edad que está cubierto por el AUGÉ-GES
9. Su médico le recomendó no atenderse por el AUGÉ-GES
10. Otra razón

el habla 3. Dificultad psiquiátrica
4. Dificultad mental o intelectual 5. Sordera o dificultad
para oír aún usando audífonos
6. Ceguera o dificultad para ver aún usando lentes
7. No tiene ninguna condición de larga duración

Personas de 6 a 14 años

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayudan.

e) Acostarse y levantarse de la cama
f) Vestirse

s32. Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para:

1. Ninguna
2. Leve
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema/no puede hacerlo

s31.a. ¿Tiene Ud. alguna de las siguientes condiciones perma nentes y/o de larga duración?

MOSTRAR TARJETA S32-S33 "GRADO DE DIFICULTAD"

Lea alternativas

a) Comer (incluyendo cortar comida y llenar vasos) b) Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)

c) Moverse/desplazarse dentro de la casa

d) Utilizar el W.C. o retrete

1. Dificultad física y/o de movilidad 2. Mudez o dificultad en

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

[illegible]

[illegible]

49

MÓDULO S: Salud

Personas de 15 años o más

Las siguientes preguntas son acerca de dificultades que pudiera tener para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayuden.

s33.1. Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para:

MOSTRAR TARJETA S32-S33 “GRADO DE DIFICULTAD”

Lea alternativas

- a) Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos)
- b) Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)
- c) Moverse /desplazarse dentro de la casa
- d) Utilizar el W.C. o retrete
- e) Acostarse y levantarse de la cama
- f) Vestirse
- g) Salir a la calle
- h) Hacer compras o ir al médico
- i) Realizar sus tareas del hogar
- j) Hacer o recibir llamadas

Sólo para item (s33.1= 2,3,4 o 5)

s33.2. Y considerando sólo su estado de salud, ¿con qué frecuencia recibe ayuda de otra persona para (mencione item)...:

MOSTRAR TARJETA S33.2 “FRECUENCIA DE AYUDA” Lea alternativas

1. Ninguna
2. Leve
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema /no puede hacerlo

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. Muchas veces
5. Siempre
9. No sabe / No responde

[illegible]

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |

Ch4. Chequeo de situación de dependencia

1. Si s33.2 (a...j) = 2, 3, 4 o 5 **Pasa a s34.a**
2. Si s33.2=1 para todas las actividades **Pasa a s0**
3. Si s33.1=1 para todas las actividades **Pasa a s0**
 Personas de 15 años o más Personas de 12 años o más *Sólo si responde 2, 3, 4*
 o 5 en s33.2a,..... o s33.2j

s34a. Debido a su estado de salud, ¿alguna persona del hogar le presta ayuda para realizar esta(s) actividad(es)?

1. Sí **Pasa a s34.b**
2. No **Pasa a s34.c**

s34.b. ¿Quién?

Registre “orden” y “Nombre” de quien presta la ayuda

En caso de existir más de un cuidador, registre información del cuidador principal

s34.c. ¿Y alguna persona externa al hogar le presta ayuda con estas actividades debido a su estado de salud?

1. Sí, en forma remunerada
2. Sí, en forma no remunerada
3. No

s0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Salud?

C

A

Registre por observación

B

E

1.Contesta al menos una pregunta

N

2.Presente, pero no contesta

Z

3.No está presente

O

| | | | | | |
|--|--|-------|--|--|--|
| | | s34.b | | | |
|--|--|-------|--|--|--|

| ch4 | s34.a | Orden | Nombre | s34.c | s0 | |
|-----|-------|-------|--------|-------|----|----|
| | | | | | | 1 |
| | | | | | | 2 |
| | | | | | | 3 |
| | | | | | | 4 |
| | | | | | | 5 |
| | | | | | | 6 |
| | | | | | | 7 |
| | | | | | | 8 |
| | | | | | | 9 |
| | | | | | | 10 |

51

MÓDULO R: Identidades, redes y participación

Todas las personas

r1.a. ¿Cuál es la nacionalidad de [NOMBRE]?

1. Chilena (exclusivamente)
2. Chilena y otra (doble nacionalidad)
3. Otra nacionalidad (extranjeros). Especifique país

r1.b. Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?

1. En esta comuna
2. En otra comuna de Chile. Especifique ¿cuál comuna?
3. En otro país. Especifique ¿cuál país? **pasa r1.c**
9. No sabe

Alternativas 1, 2 y 9 pasan r2

r1.c. ¿En qué año llegó usted al país?

Si no sabe o no recuerda registre 9999
Sí, r1c=9999 Registre el período, si no sabe el año exacto en columna r1c.p.

1. Año 1989 o antes
2. Entre año 1990 y año 1999
3. Entre año 2000 y año 2004
4. Entre año 2005 y año 2009
5. Entre año 2010 y año 2014
6. Año 2015 o después
9. No sabe

| | r1.a | r1.a Especifique | r1.b | r1.b Especifique | r1.c Año | r1c.p |
|----|------|------------------|------|------------------|----------|-------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

52

Todas las personas

r2. ¿En qué comuna o país vivía hace 5 años (2012)?

- 1. Aún no nació
- 2. En esta comuna
- 3. En otra comuna de Chile. Especifique ¿cuál comuna?
- 4. En otro país. Especifique ¿cuál país?
- 9. No sabe

r3. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos?

Lea alternativas

- 1. Aimara
- 2. Rapa-Nui o Pascuenses
- 3. Quechua
- 4. Mapuche
- 5. Atacameño (Likan-Antai)
- 6. Collas
- 7. Kawashkar o Alacalufes
- 8. Yámana o Yagán
- 9. Diaguita
- 10. No pertenece a ningún pueblo indígena *Pasa a r6*

r4. ¿Habla o entiende algunas de las siguientes lenguas: Aimara, Rapa-Nui, Quechua, Mapudungun, Kawashkar o Yagán?

- 1. Habla y entiende
- 2. Sólo entiende
- 3. No habla ni entiende *Pasa a r6*

r5. ¿Cuál?

- 1. Aimara
- 2. Rapa-Nui
- 3. Quechua
- 4. Mapudungun
- 5. Kawashkar
- 6. Yagán

| r2 | r2. Especifique | r3 | r4 | r5 | |
|----|-----------------|----|----|----|---|
| | | | | | 1 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |
| | | | | | 6 |
| | | | | | 7 |
| | | | | | 8 |
| | | | | | 9 |
| | | | | | 10 |

53

MÓDULO R: Identidades, redes y participación

Personas de 10 años o más

r6. En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones o grupo organizado?

15. No participa en ninguna organización o grupo

MOstrar TARJETA R6 “ORGANIZACIONES SOCIALES”

Lea alternativas.

Registre la más importante

1. Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité de aguas, comité de allegados, otros)
2. Club deportivo o recreativo
3. Organización religiosa o de iglesia
4. Agrupaciones artísticas o culturales (grupo folclórico, de teatro, de música, de baile, de danza, otros)
5. Grupos de identidad cultural (asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, otros)
6. Agrupaciones juveniles o de estudiantes (scout, centros de alumnos, otros)
7. Agrupaciones de mujeres (centros de madres, talleres de mujeres, organizaciones de mujeres y/o género, otros)
8. Agrupaciones de adulto mayor (club de adulto mayor, asistentes de centros de día, otros)
9. Grupos de voluntariado (bomberos, damas de colores, cruz roja, voluntarios en instituciones de caridad, otros)
10. Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, hipertensos, obesos, alcohólicos anónimos, personas con discapacidad, grupos asociados a otros problemas de salud)
11. Agrupación ideológica (partido político)
12. Agrupación corporativa (sindicato, asociación gremial, colegio profesional, otros)
13. Centro de padres y apoderados
14. Otra. Especifique

| | r6 | r6. Especifique |
|----|----|-----------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

r7. ¿Alguien en su hogar, conoce a una persona que...?

MOstrar Tarjeta R7 “TIPO DE PERSONA CONOCIDA”

Registre respuesta para cada afirmación

1. Sí, alguien fuera del hogar
2. Sí, alguien dentro del hogar
3. Ambas
4. No conoce
9. No sabe

| | |
|--|--|
| a) Pueda ayudar en el cuidado en caso de enfermedad de algún miembro del hogar | |
| b) Pueda ayudar en el cuidado de niños(as) o personas en situación de discapacidad o dependientes en el hogar | |
| c) Pueda facilitar un vehículo si el hogar lo necesita | |
| d) Pueda prestar dinero al hogar en caso de emergencia | |
| e) Pueda ayudar al hogar a resolver consultas o realizar trámites legales o financieros | |
| f) Pueda ayudar al hogar en el uso de tecnologías (computador, internet, etc.) | |
| g) Pueda ayudar con reparaciones del hogar (gasfitería, mecánica, albañilería o artículos eléctricos) | |
| h) Pueda ayudar a conseguir un trabajo a algún miembro del hogar (ser vir de referencias, información o contratar) | |
| i) Pueda aconsejar a los miembros del hogar en caso de problemas personales o familiares. | |
| j) Pueda hablar o escribir en otro idioma | |
| k) Tenga educación profesional universitaria | |

r8. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la alimentación de los integrantes de su hogar. Durante los últimos 12 meses, en algún momento:

1. Sí
2. No

| | |
|---|--|
| a) ¿Usted u otra persona en su hogar <u>se preocupó por no tener suficientes alimentos</u> para comer por falta de dinero u otros recursos? | |
| b) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar <u>no pudo comer alimentos saludables y nutritivos</u> por falta de dinero u otros recursos? | |
| c) Pensando en los últimos 12 meses, ¿alguna vez usted u otra persona en su hogar <u>comió poca variedad de alimentos</u> por falta de dinero u otros recursos? | |
| d) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar <u>tuvo que dejar de desayunar, almorzar, tomar once o cenar</u> porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos? | |
| e) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar <u>comió menos de lo que pensaba que debía comer</u> por falta de dinero u otros recursos? | |
| f) Pensando en los últimos 12 meses, ¿alguna vez <u>su hogar se quedó sin alimentos</u> por falta de dinero u otros recursos? | |
| g) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar <u>sintió hambre y no comió</u> por falta de dinero u otros recursos para obtener alimentos? | |
| h) ¿Alguna vez usted u otra persona en su hogar <u>dejó de comer todo un día</u> por falta de dinero u otros recursos? | |

54

Jefe (a) de hogar

injustamente o discriminado/a?

r9. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. o alguien de su hogar ha sido tratado injustamente o discriminado, fuera de su hogar debido a:...

MOstrar Tarjeta R9 “TRATO INJUSTO” Marcar “X” en todas las que corresponda.

No lea alternativas.
Registre respuesta espontánea
Marcar con X hasta 2 categorías

r10. ¿Me podría indicar el principal lugar donde Ud. o algún miembro del hogar ha sido tratado

| | | |
|-------------------------|--|--------------------------------------|
| a) Nivel socioeconómico | | a) En centro de salud |
| b) Ser mujer/ser hombre | | b) En su barrio o vecindario |
| c) Su estado civil | | c) En su trabajo |
| d) Su ropa | | d) Al buscar trabajo |
| e) Su color de piel | | e) En su establecimiento educacional |

padres?

Lea alternativas

1. Sólo su padre
2. Sólo su madre
3. Ambos padres
4. Su padre con pareja
5. Su madre con pareja
6. Ninguno de sus padres

r11. Durante sus primeros 15 años de vida, ¿vivió la mayor parte del tiempo con alguno de sus padres?

r12. ¿Cuál fue el nivel de educación más alto alcanzado por...?

| | | | |
|--|--|--|--|
| f) Ser extranjero | | f) En instituciones públicas (Servicios públicos, Municipalidades, Gobernaciones, otros) | |
| g) Su edad | | g) En el transporte público | |
| h) Su orientación sexual o identidad de género | | h) En la vía pública | |
| i) Tener tatuajes, piercing, perforaciones o expansiones | | i) Otro. <u>Especifique:</u> | |
| j) Su apariencia física | | | |

| | | |
|---|--|-----------|
| k) Sus creencias o religión | | |
| l) Su ideología u opinión política | | |
| m) Participar o no en sindicatos u organizaciones gremiales | | |
| n) El lugar donde vive | | r10.i esp |
| o) El establecimiento donde estu dió | | |
| p) Pertenecer a un pueblo indíge na | | |
| q) Su condición de salud o disca pacidad | | |
| r) Otro. <u>Especifique</u> | | |

a. su madre (o figura materna)
b. su padre (o figura paterna)
Lea alternativas

- 1. Nunca asistió
- 2. Primaria o Preparatoria (sistema antiguo)
- 3. Educación Básica
- 4. Humanidades (sistema antiguo)
- 5. Educación Media Científico-Humanista
- 6. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (sistema antiguo)
- 7. Educación Media Técnica Profesional
- 8. Técnico Nivel Superior (carrera de 1 a 3 años)
- 9. Profesional (carrera de 4 o más años)
- 10. Postgrado
- 77. No aplica
- 99. No sabe

r13. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó...?

| | |
|---|--|
| r9.r esp | |
| s) No ha sido tratado injustamente o discriminado | |
| Pasa r11 | |

55

a. su madre (o figura materna)
b. su padre (o figura paterna)

Si no sabe anote 99 en curso

Anote en jefe(a) de hogar

| | | r12 Nivel Educacional | | r13 Curso | |
|---|-----|-----------------------|----------|-----------|----------|
| | r11 | a. Madre | b. Padre | a. Madre | b. Padre |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

[illegible]

56

Personas de 5 años o más Personas de 12 años o más Personas de 18 años o más (PRESENTES)

r21. ¿Usó Internet en los últimos 12 meses para...? A continuación le voy a hacer unas preguntas relacionadas con orientación sexual e identidad de género.

- a) Obtener información utilizando buscadores como Google y otros
- b) Informarse por prensa digital o redes sociales
- c) Comunicación por email o correo electrónico
- d) Comunicación por redes sociales como Facebook, Twitter y otros
- e) Entretenimiento (video juegos, películas, música, radio o televisión por la web)
- f) Compra y venta de artículos y/o servicios por Internet
- g) Operaciones de banca electrónica como revisión de estados de cuentas y transferencias electrónicas
- h) Actividades de educación formal y capacitación como cursos en línea o bajar material de cursos de páginas web de universidades, institutos u otros
- i) Trámites en línea con instituciones del Estado como certificar los datos de nacimiento u otros con instituciones públicas
- j) Trámites en línea con empresas privadas como agendar una cita al médico o solicitar cotizaciones de servicios
- Se informa que sus respuestas serán confidenciales y usadas solo con fines estadísticos.
- Se entiende por Orientación Sexual la atracción que una persona puede tener hacia el sexo opuesto (heterosexual), el mismo sexo (homosexual) o hacia ambos (bisexual).
- r23. ¿Cuál de estas alternativas define mejor su orientación sexual?**
- MOstrar Tarjeta R23 “ORIENTACIÓN SEXUAL” Lea alternativas**
1. Heterosexual (Atracción hacia el sexo opuesto)
 2. Gay/Lesbiana (Atracción hacia el mismo sexo)
 3. Bisexual (Atracción hacia ambos sexos)
 4. Otra. Especifique

MOSTRAR TARJETA R23 "ORIENTACIÓN SEXUAL" Lea
alternativas

1. Heterosexual (Atracción hacia el sexo opuesto)
2. Gay/Lesbiana (Atracción hacia el mismo sexo)
3. Bisexual (Atracción hacia ambos sexos)
4. Otra. Especifique

La **Identidad de Género** hace referencia a cómo la persona se siente o se identifica respecto de su género (masculino o femenino), y esto puede concordar o no con su sexo biológico.

r0. ¿Quién (o quiénes) responde(n) el módulo Identidades, redes y participación?

Registre por observación.

1. Contesta al menos una pregunta
2. Presente, pero no contesta
03. No está presente

Registre para cada tipo

1. Sí
2. No
- r22. ¿Tiene Ud. teléfono móvil en funcionamiento y en uso?**
- r24. En cuanto a su género, ¿usted se identifica**

como? *Lea alternativas*

1. Sí, prepago
2. Sí, contrato
3. Sí, prepago y contrato
4. No

| r21 | | | | | | | | | | | | 4. Otro. <u>Especifique</u> | | | | 1 2 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|---------|-----------------------------|---------|-------------------|----|--------|
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | r2 2 | r2 3 | r23.4 Especificue | r2 4 | r24.4 Especificue | r0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |

[illegible]

57

Registre por observación

MÓDULO V: Vivienda y Entorno

Registre por observación. Sólo pregunte si no es observable

v1. ¿Cuál es el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado?

1. Casa aislada (no pareada)
2. Casa pareada por un lado
3. Casa pareada por ambos lados
4. Departamento en edificio con ascensor
5. Departamento en edificio sin ascensor
6. Pieza en casa antigua o conventillo
7. Mediagua, mejora o vivienda de emergencia
8. Vivienda tradicional indígena
9. Rancho o choza
10. Vivienda precaria de materiales reutilizados (latas, plásticos, cartones, etc.)

v2. ¿Cuál es el material que predomina en los muros exteriores de la vivienda?

5. Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional
6. Materiales precarios o de desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc)

Registre por observación. Sólo pregunte si no es observable

v3. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación de los muros?

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

1. Hormigón armado
2. Albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo)
3. Tabique forrado por ambas caras (madera, acero, lata u otro)
4. Tabique sin forro interior (madera u otro)

v7. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación del techo de la vivienda?

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

v8. ¿Cuántas viviendas hay en el sitio?

Marque "cero viviendas" en caso de departamento, conventi llo u otra forma de propiedad compartida del terreno

v9. Su hogar, ¿bajo qué situación ocupa el sitio?

1. Propio pagado
 2. Propio pagándose
 3. Propio compartido (pagado) con otras viviendas del sitio
 4. Propio compartido (pagándose) con otras viviendas del sitio
 5. Arrendado con contrato
 6. Arrendado sin contrato
 7. Cedido por servicio o trabajo
 8. Cedido por familiar u otro
 9. Usufructo (sólo uso y goce)
 10. Ocupación irregular (de hecho)
 11. Poseedor irregular
- Pasa a v11***

v4. ¿Cuál es el material que predomina en el piso de la vivienda?

1. Parquet, madera, piso flotante o similar

v10. ¿Cuál es la situación del título de propiedad o título de dominio de este sitio o inmueble?

1. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a nombre de algún integrante del hogar.

2. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a

nombre de otra persona (no integrante del hogar). 3.

Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a

5. No está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces.

9. No sabe

2. Cerámico, porcelanato, flexit o similar
3. Alfombra o cubrepiso
4. Baldosa de cemento
5. Radier
6. Tierra

Registre por observación. Sólo pregunte si no es

observable **v5. ¿Cómo diría usted que es el estado de conservación del**

nombre de una persona fallecida (sucesión). 4. Está inscrito en el Conservador de Bienes Raíces a nombre del Fisco de Chile.

v11. ¿Quién es el propietario de la vivienda?

Registre hasta 2 propietarios

Pasa a v12

5. Fonolita o plancha de fieltro embreado
6. Paja, coirón, totora o caña
7. Materiales precarios o de desecho
8. Sin cubierta en el techo

| | |
|-------------------|--|
| Número de orden1: | |
| Nombre de pila1: | |
| Número de orden2: | |
| Nombre de pila2: | |

piso de la vivienda?

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

v6. ¿Cuál es el material que predomina en el techo de la vivienda?

1. Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica)
2. Losa hormigón
3. Planchas metálicas (zinc, cobre, etc.)
4. Planchas de fibrocemento (pizarreño)

58

v12. ¿Cuántos metros cuadrados tiene la vivienda? No incluya: terrazas abiertas ni jardines, tampoco sótanos, desvanes, trasteros que no sean habitables

Monto mensual arriendo \$

1. Menos de 30 m²
2. De 30 a 40 m²
3. De 41 a 60 m²
4. De 61 a 100 m²
5. De 101 a 150 m²
6. Más de 150 m²

9. No sabe *Estimar metros cuadrados totales de la vivienda*

v19. ¿Cuánto se paga de arriendo en este sector por viviendas similares a la suya?

Monto mensual estimado arriendo \$

v18. Su hogar, ¿cuánto paga de arriendo?

mts²

v13. Su hogar, ¿bajo qué situación ocupa la vivienda?

1. Propia pagada

2. Propia pagándose
3. Propia compartida (pagada) con otros hogares de la vivienda
4. Propia compartida (pagándose) con otros hogares de la vivienda
1. Red pública con medidor propio
2. Red pública con medidor compartido
3. Red pública sin medidor

4. Pozo o noria
5. Río, vertiente, lago o estero
6. Camión aljibe
7. Otra fuente. ¿Cuál? Especifique

Pasa a v22

7. Cedida por servicio o trabajo por familiar u otro

Pasa a v18 Pasa a v19

5. Arrendada con contrato sin contrato

9. Usufructo (sólo uso y goce)
10. Ocupación irregular (de hecho)
11. Poseedor irregular

v14. ¿En qué año compró o recibió la vivienda o el subsidio? Registre año a 4 dígitos

v15. ¿Compró la vivienda con ayuda de algún programa habitacional o subsidio del Estado?

- 1. Sí, con subsidio habitacional (sin crédito) Pasa a v19
- 2. Sí, con subsidio habitacional y crédito
- 3. No, sólo con recursos propios
- 4. No, la recibió de herencia o traspaso gratuito Pasa a v19

v16. ¿Compró la vivienda con crédito hipotecario?

MOSTRAR TARJETA V16 “INSTITUCIÓN CRÉDITO HIPOTECARIO”

Lea alternativas

- 1. Sí, SERVIU (sólo viviendas adquiridas desde 1977 hasta 2001)
- 2. Sí, Banco Estado
- 3. Sí, banco privado
- 4. Sí, cooperativa
- 5. Sí, financiera u otra institución
- 6. No, sin crédito hipotecario Pasa a v19

v17. ¿Cuánto paga (o debería pagar) de dividendo?

Monto mensual dividendo \$

Pasa a v19

v21. ¿Cómo obtiene el agua...?

- 1. La recibe desde un Sistema de Agua Potable Rural (APR)

- 2. La recibe desde otro tipo de planta o sistema de distribución

comunitario (con tratamiento)

- 3. La obtiene directamente desde una fuente natural (sin tratamiento)

v22. ¿Cuál es el sistema de distribución del agua en la vivienda?

- 1. Con llave dentro de la vivienda
- 2. Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
- 3. No tiene sistema, la acarrea

v23. La vivienda donde usted vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?

- 1. Sí, con W.C. conectado al alcantarillado
- 2. Sí, con W.C. conectado a fosa séptica
- 3. Sí, con letrina sanitaria conectada a pozo negro
- 4. Sí, con cajón sobre pozo negro
- 5. Sí, con cajón sobre acequia o canal
- 6. Sí, con cajón conectado a otro sistema
- 7. Sí, baño químico dentro del sitio
- 8. No dispone de sistema

v24. La vivienda donde usted vive, ¿dispone de energía eléctrica?

- 1. Sí, de la red pública con medidor propio
- 2. Sí, de la red pública con medidor compartido
- 3. Sí, de la red pública sin medidor
- 4. Sí, de la red pública y un generador propio o comunitario (solar, eólico o fósil)
- 5. Sí, sólo de un generador propio o comunitario (solar, eólico o fósil)
- 6. No dispone de energía eléctrica

59

MÓDULO V: Vivienda y Entorno

v25. Durante los últimos dos años (2015-2017), ¿ha realiza do mejoras o transformaciones en la vivienda?

Refiérase sólo a la mejora o transformación más importante

- 1. Sí, reparaciones estructurales de muros, techo o piso
- 2. Sí, tabiques interiores, forro interior, reparaciones no estructurales y otras terminaciones
- 3. Sí, urbanización del sitio, conexión a servicios domiciliarios (agua potable, alcantarillado, energía eléctrica)
- 4. Sí, reparación o mantención de instalaciones de agua, gas, electricidad y alcantarillado.
- 5. Sí, mejoras en la aislación térmica
- 6. Sí, ampliaciones en la vivienda o construcción de piezas
- 7. No, no ha hecho nada Pasa a v27

v26. ¿Cómo financió principalmente esa mejora o transfor mación?

Refiérase sólo a la mejora o transformación más importante

- 1. Sólo con subsidio estatal.
- 2. Subsidio estatal, además de recursos propios y/o crédito
- 3. Con recursos propios y/o crédito (sin subsidio estatal)

v27 ¿Cuántas piezas de cada tipo tiene la vivienda?

Registre el número de piezas de cada tipo en la vivienda.

| | |
|--|--|
| a) Dormitorios (uso exclusivo para dormir) | |
| b) Baño | |

v28. ¿Cuántos hogares hay en esta vivienda?

v31. ¿Cuál es la principal razón para compartir esta vivien da con otro hogar?

Hogares en viviendas con más de un hogar (v28>1)

- 1. Cuidar niños, enfermos, ancianos o personas con discapacidad
- 2. Para generar ahorros
- 3. Los ingresos no le permiten mantener una vivienda independiente
- 4. Razones de estudio

- 5. Razones laborales
- 6. Por emergencia
- 7. Prefiere vivir así o se siente cómodo
- 8. Costumbre o tradición familiar
- 9. Otra. Especifique

- 1. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de arriendo
- 2. Sí, está buscando una vivienda para arrendar
- 3. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de compra
- 4. Sí, está postulando o postuló a un subsidio para construcción de vivienda en sitio propio o compartido
- 5. Sí, está participando en un Comité, inscrito en la Municipalidad o entidad patrocinante
- 6. Sí, está ahorrando o solicitó crédito para comprar una vivienda
- 7. Sí otra cosa. Especifique
- 8. No, no está haciendo nada

v32. ¿Está haciendo algo para vivir en una vivienda exclusiva para su hogar?

Hogares en viviendas con más de un hogar (v28>1)
hogar **Pasa a v33**

Si hay un solo

- 2. No
- v33. ¿Cuántos núcleos hay en este hogar?** No preguntar: Traspase la información de pregunta h7 del Módulo de Registro

v29. ¿Su hogar es el principal de la vivienda?

- 1. Sí
- v30. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupa su hogar en esta vivienda?** Registre el número de piezas de cada tipo que ocupa su hogar.

| | |
|--|--|
| a) Dormitorios (uso exclusivo para dormir) | |
| b) Baño | |

v34. ¿Cuál es la principal razón para que los núcleos familiares que forman parte de este hogar compartan la misma

- vivienda?**
Hogares con más de un núcleo (v33>1)

- 1. Cuidar niños, enfermos, ancianos o personas con discapacidad
- 2. Para generar ahorros
- 3. Los ingresos no le permiten mantener una vivienda independiente
- 4. Razones de estudio
- 5. Razones laborales
- 6. Por emergencia
- 7. Prefiere vivir así o se siente cómodo
- 8. Costumbre o tradición familiar
- 9. Otra. Especifique

60

a...? Responda cada alternativa

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe

| | |
|--|--|
| a) ¿Menos de 8 cuadras o 1 Km de un servicio de transporte público (paradero, estación)? | |
| b) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un centro educacional (colegio o jardín infantil)? | |
| c) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un centro de salud (atención primaria o nivel superior)? | |

v35. ¿Alguno de los núcleos familiares que forman este hogar está haciendo algo para vivir en una vivienda exclusiva? Hogares con más de un núcleo (v33>1)

- 1. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de arriendo
- 2. Sí, está buscando una vivienda para arrendar
- 3. Sí, está postulando o postuló a un subsidio de compra
- 4. Sí, está postulando o postuló a un subsidio para construcción de vivienda en sitio propio o compartido
- 5. Sí, está participando en un Comité, inscrito en la Municipalidad o entidad patrocinante
- 6. Sí, está ahorrando o solicitó crédito para comprar una vivienda
- 7. Sí otra cosa. Especifique
- 8. No, no está haciendo nada

v37. Del siguiente listado de servicios, ¿Su vivienda se encuentra

| | |
|---|--|
| d) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un supermercado, almacén o feria? | |
| e) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un cajero automático o caja vecina? | |
| f) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un equipamiento deportivo (centros deportivos, canchas, skatepark)? | |
| g) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de áreas verdes | |

| | |
|---|--|
| (plazas o parques)? | |
| h) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de equipamiento comunitario (centros vecinales, sedes sociales, biblioteca vecinal o centro cultural comunitario)? | |
| i) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de una farmacia? | |

v36. ¿Qué combustible o fuente de energía usa habitualmente para...?

MOstrar Tarjeta V36 “TIPO DE COMBUSTIBLE O FUENTE DE ENERGÍA”

Registre principal combustible o fuente de energía

1. Gas licuado (cilindro)
2. Gas por red (de cañería)
3. Parafina o petróleo
4. Leña o derivados (pellets, astillas o briquetas)
5. Carbón
6. Electricidad
7. Energía solar
8. No usa combustible o fuente de energía
9. No tiene sistema

| | Combustible |
|-----------------------------------|-------------|
| v36a. Cocinar... | |
| v36b. Calefacción... | |
| v36c. Sistema de agua caliente... | |

61

En su área de residencia, a una distancia de no más de quince minutos caminando desde su vivienda.

v38. ¿En el último mes, Ud. o alguien de su hogar, ha vivido o presenciado alguna de las siguientes situaciones...?

MOstrar Tarjeta V38-V39 “FRECUENCIA”

Registre para cada alternativa

| | |
|--|--|
| 1. Nunca | |
| 2. Pocas veces | |
| 3. Muchas veces | |
| 4. Siempre | |
| a) Rayados u otros daños a casas o vehículos | |
| b) Personas consumiendo drogas o alcohol en la vía pública | |
| c) Personas traficando drogas en la vía pública | |
| d) Personas peleando o amenazándose en la vía pública | |
| e) Balaceras o disparos | |

C
A
B
E
N

MÓDULO V: Vivienda y Entorno

En su área de residencia, a una distancia de no más de quince minutos caminando desde su vivienda.

v39. ¿En los últimos 12 meses, Ud. o alguien de su hogar, ha vivido o presenciado alguna de las siguientes situaciones...?

MOstrar Tarjeta V38-V39 “FRECUENCIA”

Registre para alternativa

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Muchas veces
4. Siempre

| |
|---|
| a) Contaminación acústica o ruidos molestos (tráfico de autos, aviones, maquinaria) |
| b) Contaminación del aire y/o malos olores |
| c) Contaminación en ríos, canales, esteros, lagos, tranc embalses |
| d) Contaminación del agua proveniente de la red pública |
| e) Contaminación visual (construcciones, rayados, publicidad) |

| |
|--|
| f) Acumulación de basura en calles, caminos, veredas o espacios públicos |
| g) Plagas de insectos, animales peligrosos o abandonados (termitas, cucarachas, roedores, murciélagos, perros, etc.) |

Hora de término:

v0.a. Quién (o quienes) responde(n) el módulo Vivienda y Entorno.

Registre número de orden de la persona

por observación

1. En el interior de la vivienda

| |
|--|
| |
| |

| |
|--|
| |
|--|

v0.b. ¿Dónde se produce la entrevista? *Registre*

2. Fuera de la vivienda (Entrada del domicilio o vivienda, otro lugar)

Observaciones

v40. Durante los últimos 12 meses, ¿alguno de los siguientes desastres causó a su hogar alguna pérdida o daño (humana, económica, medios de subsistencia)?

Marcar solo el principal

MOSTRAR TARJETA V40 "DESASTRES"

1. Terremoto o tsunami
2. Inundación, aluvión o anegamiento
3. Sequía
4. Incendios forestales
5. Incendios iniciados dentro de la zona urbana o explosiones
6. Erupción volcánica
7. Derrumbes o deslizamientos de tierra
8. Heladas o nevazones
9. Emergencia sanitaria o desastre medioambiental (por ejemplo: marea roja, vertido de desechos químicos o industriales en el suelo, agua o aire, emisiones de gases tóxicos, etc.)
10. Otra. Especifique
11. No. No tuvo ninguna pérdida o daño a causa de desastres

| |
|--|
| |
|--|

Encuesta
CASEN 2017