

400. SALUD (Para todas las personas)

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

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	MES	AÑO

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

Sí..... 1 → PASE A 401G1

No..... 2

Aún no había nacido 3 → PASE A 401G1

401C. ¿TIENE DNI?

Sí..... 1 → PASE A 401F

No..... 2

NO SABE 3 → PASE A 401F

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

Distrito:

Provincia

Departamento/País:

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

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

No tiene partida de nacimiento? 1

No lo considera importante? 2

No conoce los requisitos? 3

No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? 4

No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio? 5

No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo? 6

Está en trámite por primera vez? 7

Por errores en la partida de nacimiento? 8

Otro 9

(Especifique)

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

Sí 1

No 2

↓

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

Distrito:

Provincia

No Sabe 3

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

No tiene dinero para trámite? 1

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

No conoce los requisitos? 3

No sabe dónde acudir para tramitarla? 4

La persona no nació en un establecimiento de Salud? 5

No reconocido por el padre? 6

Otro 7

(Especifique)

OBSERVACIONES:

DISCAPACIDAD

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

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

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

SALUD

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

Sí 1

No 2

OBSERVACIONES:

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

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

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2

Recaída de enfermedad crónica? 3

Accidente? 4

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

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente 5

PASE
A 407I

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? (Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA.....	1
Centro de salud MINSA	2
Centro o puesto de salud CLAS	3
Posta, policlínico ESSALUD	4
Hospital MINSA.....	5
Hospital del Seguro (ESSALUD)	6
Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....	7
Consultorio médico particular	8
Clínica particular	9
Farmacia o botica	10
En su domicilio (del paciente).....	11
Otro	13
(Especifique)	
NO BUSCÓ ATENCIÓN	14

PASE
A
407I

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas)

Médico.....	1
Dentista/odontólogo	2
Obstetiz.....	3
Enfermera(o)	4
Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud)....	5
Promotor(a)	6
Otro	7
(Especifique)	

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a **407I**.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407F.

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

N° Meses	N° Días	N° Horas	N° Minutos

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

N° Días	N° Horas	N° Minutos

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

N° Horas	N° Minutos

No lo atendieron..... 1

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

Si..... 1

No..... 2 → **PASE A 407K**

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

Negativo..... 1

Positivo..... 2 → **PASE A 407L**

Aún no recibe resultado 3

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

Si 1

No..... 2 → **PASE A RECUADRO B**

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

(Acepte una o más alternativas)

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

(Especifique)

RECUADRO B

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta 403

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

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

(Acepte una o más alternativas)

- No tuvo dinero 1
- Se encuentra lejos 2
- Demoran mucho en atender 3
- No confía en los médicos 4
- No era grave/ no fue necesario 5
- Prefiere curarse con remedios caseros 6
- No tiene seguro 7
- Se auto recetó o repitió receta anterior 8
- Falta de tiempo 9
- Por el maltrato del personal de salud 10
- Otro 11

(Especifique)

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

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

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

2. Programa de vacunas (inmunizaciones)?

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

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

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

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

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

(414) ¿UD. RECIBIÓ:			(415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)													(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(417) ¿DÓNDE COMPRÓ.....?		(418) ¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?																		
<div>Revise la respuesta de la pgta.402 y aplique sondeo.</div> <div>PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO</div>			<div>PASE A 418</div> <div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>													<div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>		<div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>		<div>SI EN 415 CIRCULÓ EL CÓDIGO 2, 3, 4, 5, 10, 6, 7, 11 y/o 8</div>																		
			MONTO S/.		CÓDIGO		MONTO S/.																															
		Sí	No														Ent.	Dec.			415=2		415=3		415=4		415=5		415=10		415=6		415=7		415=11		415=8	
																					Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.	Ent.	Dec.
EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS																																						
1. Consulta?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
2. Medicinas/insumos?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
3. Análisis?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
4. Rayos "x", tomografía, etc.?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
5. Otros exámenes (Hemodiálisis, etc.). (especifique)	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES																																						
6. Servicio dental y conexos?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
7. Servicio oftalmológico?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
8. Compra de lentes?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
17. Vacuna COVID?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
9. Vacunas?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
10. Control de salud de los niños?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
11. Anticonceptivos?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
12. Otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.)?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																																						
13a. Hospitalización?.....	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
13b. Intervención quirúrgica? ...	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
14. Controles por embarazo? ...	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									
15. Atenciones de parto?	1	2	1	2	3	4	5	10	6	7	11	8.....	9																									

SEGURO DE SALUD

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

(Acepte una o más alternativas)

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

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

Aquí en este Distrito?.....1

En otro Distrito? ☐

Distrito:

Provincia:

Departamento:

No acude a establecimiento de salud? 3

OBSERVACIONES