

## 400. SALUD (Para todas las personas)

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

**400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?**

DÍA	MES	AÑO

**401C. ¿TIENE DNI?**

Sí ..... 1 → **PASE A 401**

No ..... 2

NO SABE ..... 3 → **PASE A 401**

**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

Otro ..... 7

(Especifique)

**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 donde acudir para tramitarla? .. 4

La persona no nació en un Establecimiento de Salud? ..... 5

Otro ..... 6

(Especifique)

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

Sí ..... 1

No ..... 2

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

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

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? ..... 2

Recaída de enfermedad crónica? ..... 3

Accidente? ..... 4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente ..... 5 → **PASE A 413B**

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

Puesto de salud MINSA ..... 1

Centro de salud MINSA ..... 2

Centro o puesto de salud CLAS ..... 3

Posta, policlínico ESSALUD ..... 4

Hospital MINSA ..... 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) ..... 6

Hospital de las FF.AA. y/o

Policía Nacional ..... 7

Consultorio médico particular ..... 8

Clínica particular ..... 9

Farmacia o botica ..... 10

En su domicilio (del paciente) ..... 11

Otro ..... 13

(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN ..... 14

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

Médico ..... 1

Dentista/odontólogo ..... 2

Obstetriz ..... 3

Enfermera(o) ..... 4

Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) ... 5

Promotor(a) ..... 6

Otro ..... 7

(Especifique)

**OBSERVACIONES**

### RECUADRO A

#### ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

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

**PASE  
A  
413B**

**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:**

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

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

**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:**

1. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?
2. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?

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

#### OBSERVACIONES

**(414)**  
**¿UD. RECIBIÓ:**

Revise la respuesta de la pgta.402 y aplique sondeo.

PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO

**(415)**  
**¿EL GASTO REALIZADO FUE:**  
(Acepte una o más alternativas)

Pagado por algún miembro de este hogar? ..... 1

Autoconsumo? ..... 2

Autosuministro? ..... 3

Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? ..... 4

Donado por alguna institución del estado o programa social (SIS)? ..... 5

Donado por alguna institución privada? ..... 6

Fue cubierto por el Seguro? ..... 7

Otro? (especifique) ..... 8

NO SABE/NO RESPONDE... 9 →

PASE A 418

PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.

**(416)**  
**¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?**

**MONTO S/.**  
Ent. Dec.

**(417)**  
**¿DÓNDE COMPRÓ.....?**

Establecimientos

MINSA ..... 1

Establecimientos

ESSALUD ..... 2

Hospital de las FF.AA. y

Policía Nacional ..... 3

Botiquín Comunal ..... 4

Farmacia o botica ..... 5

Clínica particular ..... 6

Consultorio particular... 7

CLAS ..... 8

ONG ..... 9

Óptica ..... 10

Bodega ..... 11

Casa de huesero,

Curandero ..... 12

Ambulante ..... 13

Otro (Especifique) ..... 14

PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.

**CÓDIGO**

**(418)**  
**¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?**

**MONTO S/.**  
Ent. Dec.

	Sí	No										Ent.	Dec.		Ent.	Dec.
<b>EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS</b>																
1. CONSULTA?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
2. MEDICINAS / INSUMOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
3. ANÁLISIS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.? ....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
5. OTROS EXÁMENES (HEMODIÁLISIS, ETC.)? (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
<b>EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES</b>																
6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
8. COMPRA DE LENTES?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
9. VACUNAS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
10. CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
11. ANTICONCEPTIVOS?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
12. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)? (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>																
13A. HOSPITALIZACIÓN?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
13B. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
14. CONTROLES POR EMBARAZO?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					
15. ATENCIONES DE PARTO?.....	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8.....	9					

**SEGURO DE SALUD**

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

	419B. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:						
	Sí	No	Su centro de Trabajo?	Ud. mismo?	Es jubilado?	Un familiar?	No Paga?
1. ¿ESSALUD (antes IPSS)?.....	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

**OBSERVACIONES**