

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?

Si..... 1 → PASE A 401G1

No..... 2

Aún no había nacido 3 → PASE A 401G1

401C. ¿TIENE DNI?

Si..... 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)

}

PASE A 401F

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

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
4071

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 **4071**.

– 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)?

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

Si 1

No 2

413F1. ¿CUÁNTAS DOSIS LE APLICARON?

N° DE DOSIS

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

(Acepte una o más alternativas)

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

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

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

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

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

(414) ¿UD. RECIBIÓ:			(415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)													(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(417) ¿DÓNDE COMPRÓ.....?		(418) ¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?																			
<div>Revise la respuesta de la pgta.402 y aplique sondeo.</div> <div>PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO</div> <div> <div>PASE A 418</div> <div>PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div> </div>			Sí		No															MONTO S/.		CÓDIGO		MONTO S/.															
			Ent.	Dec.														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.	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																								
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																								

SI EN 415 CIRCULÓ EL CÓDIGO
2, 3, 4, 5, 10, 6, 7, 11 y/o 8

SEGURO DE SALUD

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

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

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

Aquí en este Distrito?..... 1

En otro Distrito?2



Distrito:

Provincia:

Departamento:

No acude a establecimiento de salud?..... 3

OBSERVACIONES
