



ENCUESTA DE SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR 2015

DATOS DEL ADULTO MAYOR

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA

ESBAM.02	
Contiene:	Evaluación cognitiva del adulto mayor y del cuidador responsable, Educación, Salud, Redes de apoyo social, Empleo e ingreso, Percepción del hogar y autovaloración, Conocimiento y participación en el Programa Nacional Pensión 65, Uso del tiempo y Características de los hijos del adulto mayor que viven fuera del hogar.
CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA		UBICACIÓN MUESTRAL	
1. DEPARTAMENTO		5. ZONA N°	
2. PROVINCIA		6. MANZANA N°	
3. DISTRITO		7. AER N°	
4. CENTRO POBLADO		8. VIVIENDA N°	
		9. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA	
		10. HOGAR N°	

13A. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ANTROPOMETRISTA					SUPERVISOR/A LOCAL				
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										
Quinta										
Sexta										

14A. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA AL ADULTO MAYOR

FECHA	RESULTADO	(*) CÓDIGOS DE RESULTADO			
		1. COMPLETA	4. AM NO PRESENTE	7. AM NO UBICADO	8. OTRO _____ (Especifique)
		2. INCOMPLETA	5. AM FALLECIDO	6. NO SE INICIÓ LA ENTREVISTA	9. AM MIGRÓ
		3. RECHAZO			

15A. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI.	NOMBRES Y APELLIDOS	
ANTROPOMETRISTA:			
SUPERVISOR/A LOCAL:			
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL:			
SUPERVISOR/A NACIONAL:			

16. N° TOTAL DE CUIDADOR / RESPONSABLE

VIVE EN EL HOGAR		NO VIVE EN EL HOGAR	
------------------	--	---------------------	--

OBSERVACIONES

700. EVALUACIÓN COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR

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

701. SR(A)., QUISIÉRAMOS SABER CÓMO SE SIENTE USTED ACERCA DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD Y ME GUSTARÍA EMPEZAR CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, ¿TIENE UD:

Problemas auditivos graves (sordo), vive solo y no tiene cuidador/responsable?..... 1 } FIN DE LA ENTREVISTA
 Problemas de ceguera graves (ciego), vive solo y no tiene cuidador/responsable?..... 2 }
 Problemas auditivos graves (sordo) y tiene cuidador/responsable?..... 3 } PASE A 708
 Problemas de ceguera graves (ciego) y tiene cuidador/responsable? 4 }
 NO TIENE LAS DIFICULTADES ANTERIORES 5 }

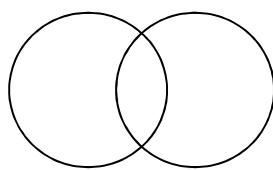
<p>702. POR FAVOR, DÍGAME UD. ¿CUÁL ES LA FECHA DEL DÍA DE HOY? (Día del mes, mes, año y día de la semana)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">(A) FECHA</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">(B) PUNTAJE</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Número del día del mes..... 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mes..... 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Año 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día de la semana 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.</p>	(A) FECHA	(B) PUNTAJE	Número del día del mes..... 1		Mes..... 2		Año 3		Día de la semana 4		TOTAL	<input type="text"/>	<p>704. LE VOY A DAR UN PAPEL Y CUANDO SE LO ENTREGUE, TOME EL PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD CON LAS DOS MANOS Y COLÓQUELO SOBRE LAS PIERNAS.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">(A) PUNTAJE</th> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Toma el papel con la mano derecha..... 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dobra por la mitad con las dos manos 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coloca sobre las piernas 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Entregue el papel, observe las acciones que realice el ADULTO MAYOR y anote un punto por cada acción correcta.</p>	(A) PUNTAJE		Toma el papel con la mano derecha..... 1		Dobra por la mitad con las dos manos 2		Coloca sobre las piernas 3		TOTAL	<input type="text"/>
(A) FECHA	(B) PUNTAJE																						
Número del día del mes..... 1																							
Mes..... 2																							
Año 3																							
Día de la semana 4																							
TOTAL	<input type="text"/>																						
(A) PUNTAJE																							
Toma el papel con la mano derecha..... 1																							
Dobra por la mitad con las dos manos 2																							
Coloca sobre las piernas 3																							
TOTAL	<input type="text"/>																						
<p>703. AHORA LE VOY A MENCIONAR TRES PALABRAS, REPITA EN VOZ ALTA LAS PALABRAS QUE PUEDA RECORDAR EN CUALQUIER ORDEN. RECUERDE CUÁLES SON PORQUE SE LAS VOY A VOLVER A PREGUNTAR MÁS ADELANTE.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">(A) PUNTAJE</th> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Árbol..... 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mesa..... 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Perro..... 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Lea las tres palabras en forma pausada, clara y una sola vez: ÁRBOL, MESA, PERRO. Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.</p>	(A) PUNTAJE		Árbol..... 1		Mesa..... 2		Perro..... 3		TOTAL	<input type="text"/>	<p>705. HACE UN MOMENTO LE DIJE UNA SERIE DE TRES PALABRAS Y USTED REPITIÓ LAS QUE RECORDÓ. POR FAVOR, DÍGAME AHORA CUÁLES RECUERDA.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">(A) PUNTAJE</th> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Árbol 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mesa..... 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Perro..... 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.</p>	(A) PUNTAJE		Árbol 1		Mesa..... 2		Perro..... 3		TOTAL	<input type="text"/>		
(A) PUNTAJE																							
Árbol..... 1																							
Mesa..... 2																							
Perro..... 3																							
TOTAL	<input type="text"/>																						
(A) PUNTAJE																							
Árbol 1																							
Mesa..... 2																							
Perro..... 3																							
TOTAL	<input type="text"/>																						

OBSERVACIONES	

706. SR(A).....POR FAVOR, COPIE ESTE DIBUJO.

(Nombre)

(Entregue la tarjeta N° 3)



Puntaje:

NO ACEPTÓ PRUEBA.....1

ANTROPOMETRISTA: Entregue el entrevistado la tarjeta con el dibujo de los círculos que se cruzan. La acción estará correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Anote un punto si el dibujo está correcto. No leer instrucciones.

707. **ENCUESTADOR/A:** Transcriba los puntos obtenidos en las preguntas 702 al 706 y obtenga el puntaje total.

PREGUNTA	PUNTAJE
702	
703	
704	
705	
706	
TOTAL	<input type="text"/>

Si el puntaje total es de 7 ó más } **PASE AL CAPÍTULO 800**
Si el puntaje total es de 6 ó menos } **CONTINÚE CON 708**

DATOS DEL CUIDADOR / RESPONSABLE

708. SR(A)..... TIENE UD. UNA PERSONA
(Nombre)

QUE LO CUIDE Y SE HAGA CARGO DE USTED?

Sí.....1

No2

→ **PASE AL CAPÍTULO 800**

Sr(a)..... ahora le voy a realizar algunas preguntas
(Nombre)
sobre su CUIDADOR /RESPONSABLE. Si tiene más de uno
hablaremos del PRINCIPAL.

709. ¿SU CUIDADOR/RESPONSABLE VIVE CON USTED?

Sí.....1

No2

OBSERVACIONES

710. ¿SU CUIDADOR/RESPONSABLE ES:

Hombre?.....1

Mujer?.....2

711. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE SU CUIDADOR/RESPONSABLE?

NOMBRES	APELLIDOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NO SABE/NO RESPONDE.....1

712. ¿QUÉ EDAD TIENE SU CUIDADOR /RESPONSABLE?

EDAD
<input type="text"/>

NO SABE/NO RESPONDE.....1

713. ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE CON UD.
SU CUIDADOR/RESPONSABLE?

(Entregue la tarjeta N° 4)

Esposo/a.....1

Padre/Madre.....2

Abuelo/a3

Hermano/a.....4

Hijo/a.....5

Tío/a.....6

Suegro/a7

Yerno/Nuera8

Otro pariente.....9

Trabajador del Hogar?.....10

Otro No Pariente?.....11

(Especifique)

A) ANTROPOMETRISTA:

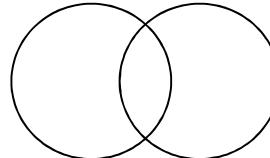
Si la edad del cuidador es menor de 65 años.

→ **PASE AL CAPÍTULO 800**

Si la edad del cuidador es mayor o igual a 65 años.

→ **DILIGENCIE CAPÍTULO 700A**

700A. EVALUACIÓN COGNITIVA DEL CUIDADOR/RESPONSABLE
(Solo para el cuidador(a)/responsable de 65 años a más.)

Personas N° (Sólo si es residente del hogar)		Nombre:																						
<p>714. POR FAVOR, DÍGAME UD. ¿CUÁL ES LA FECHA DEL DÍA DE HOY? (Día del mes, mes, año y día de la semana)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">(A) FECHA</th> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">(B) PUNTAJE</th> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Número del día del mes 1</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Mes 2</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Año 3</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Día de la semana 4</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Pregunte por día del mes, mes, año y día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.</p>			(A) FECHA	(B) PUNTAJE	Número del día del mes 1		Mes 2		Año 3		Día de la semana 4		TOTAL											
(A) FECHA	(B) PUNTAJE																							
Número del día del mes 1																								
Mes 2																								
Año 3																								
Día de la semana 4																								
TOTAL																								
<p>715. AHORA LE VOY A MENCIONAR TRES PALABRAS, REPITA EN VOZ ALTA LAS PALABRAS QUE PUEDA RECORDAR EN CUALQUIER ORDEN. RECUERDE CUÁLES SON PORQUE SE LAS VOY A VOLVER A PREGUNTAR MÁS ADELANTE.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">Árbol 1</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">PUNTAJE</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Mesa 2</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Perro 3</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Lea las tres palabras en forma pausada, clara una y sola vez: ÁRBOL, MESA, PERRO. Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.</p>			Árbol 1	PUNTAJE	Mesa 2		Perro 3		TOTAL															
Árbol 1	PUNTAJE																							
Mesa 2																								
Perro 3																								
TOTAL																								
<p>716. LE VOY A DAR UN PAPEL Y CUANDO SE LO ENTREGUE, TOME EL PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD CON LAS DOS MANOS Y COLÓQUELO SOBRE LAS PIERNAS.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">Toma el papel con la mano derecha 1</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">PUNTAJE</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Dobra por la mitad con las dos manos 2</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Coloca sobre las piernas 3</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Entregue el papel, observe las acciones que realice el ADULTO MAYOR y anote un punto por cada acción correcta.</p>			Toma el papel con la mano derecha 1	PUNTAJE	Dobra por la mitad con las dos manos 2		Coloca sobre las piernas 3		TOTAL															
Toma el papel con la mano derecha 1	PUNTAJE																							
Dobra por la mitad con las dos manos 2																								
Coloca sobre las piernas 3																								
TOTAL																								
<p>717. HACE UN MOMENTO LE DIJE UNA SERIE DE TRES PALABRAS Y USTED REPITIÓ LAS QUE RECORDÓ. POR FAVOR, DÍGAME AHORA CUÁLES RECUERDA.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">Árbol 1</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">PUNTAJE</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Mesa 2</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">Perro 3</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>ANTROPOMETRISTA: Anote un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta o no contestada.</p> <p>718. POR FAVOR, COPIE ESTE DIBUJO. (Nombre)</p> <p>(Entregue la tarjeta N° 3)</p>  <p style="text-align: right;">Puntaje: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">NO ACEPTÓ PRUEBA 1</p> <p>ANTROPOMETRISTA: Entregue el entrevistado la tarjeta con el dibujo de los círculos que se cruzan. La acción estará correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Anote un punto si el dibujo está correcto. No leer instrucciones.</p> <p>719. ANTROPOMETRISTA: Transcriba los puntos obtenidos en las preguntas 714 a la 718 y sume:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">PREGUNTA</th> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">PUNTAJE</th> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">714</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">715</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">716</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">717</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;">718</td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>Si el puntaje total es de 7 o más: El cuidador/ responsable califica para asistir al adulto mayor en el capítulo 800. De lo contrario no califica, para asistir al adulto mayor.</p>			Árbol 1	PUNTAJE	Mesa 2		Perro 3		TOTAL		PREGUNTA	PUNTAJE	714		715		716		717		718		TOTAL	
Árbol 1	PUNTAJE																							
Mesa 2																								
Perro 3																								
TOTAL																								
PREGUNTA	PUNTAJE																							
714																								
715																								
716																								
717																								
718																								
TOTAL																								

ANTROPOMETRISTA: De aquí en adelante, continúa la entrevista:

- a) Los ADULTOS MAYORES que pasaron el test cognitivo con **7 ó más puntos** en la pregunta **707 (CAP. 700)** o
- b) Los ADULTOS MAYORES **asistidos** con su CUIDADOR/RESPONSABLE que tiene **menos de 65 años**, o
- c) Los ADULTOS MAYORES **asistidos** con su CUIDADOR/RESPONSABLE que tiene **65 a 83 años** y que pasó el test cognitivo con **7 ó más puntos de la pregunta 719 (CAP. 700A)**.

* Por excepción, si el adulto mayor vive sólo, continúa la entrevista independientemente del puntaje obtenido en la Pqta. 707 (CAP. 700).

900. SALUD DEL ADULTO MAYOR

Persona N°		Nombre:	Informante N°															
901. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ USTED? <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DÍA	MES	AÑO				903. ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE DNI? <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>									
DÍA	MES	AÑO																
902. ¿TIENE UD. DNI? Sí, Mostrando DNI 1 Sí, Sin Mostrar DNI 2 No 3 → PASE A 904			903. ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE DNI? NO SABE / NO RESPONDE 1															
			904. ¿TIENE UD. PARTIDA DE NACIMIENTO? Sí 1 No 2															

DISCAPACIDAD

905. ¿PRESENTA UD. DIFICULTAD PERMANENTE? (Lea cada alternativa y marque el código correspondiente)	905-A. LA DIFICULTAD QUE TIENE ES Leve? 1 Moderada? 2 Severa? 3	905-B. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES TUVO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD SÍNTOMA O MALESTAR RELACIONADO CON LA DIFICULTAD QUE TIENE? Pase a la sgte. línea	905-C. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTE PROBLEMA, SÍNTOMA O MALESTAR? 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 NO ACUDIÓ 11	905-D. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O PUESTO DE SALUD? Pase a la sgte. línea									
SÍ 1. Para ver, aún usando lentes? 2. Para oír, aún usando audífonos para sordera? 3. Para hablar (entonar / vocalizar)? 4. Para usar brazos y manos/ piernas y pies? 5. Mental o intelectual (dificultad, permanente para entender o para relacionarse con los demás)? 6. Otra dificultad o limitación permanente? _____ (Especifique)	NO 1 2	CÓDIGO 1 2 3	SÍ 1 2	NO 1 2	CÓDIGO 1 2 3	CÓDIGO 1 2 3							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>													

OBSERVACIONES	

AUTO PERCEPCIÓN DE SU ESTADO DE SALUD

906. EN GENERAL ¿CÓMO CALIFICARÍA SU ESTADO DE SALUD EL DÍA DE HOY:
(Acepte solo un código)

Muy bueno? 1
Bueno? 2
Malo? 3
Muy malo? 4
NO SABE / NO RESPONDE 5

907. COMPARANDO SU SALUD ACTUAL CON LA DE HACE 12 MESES, ¿DIRÍA USTED QUE AHORA ESTÁ:

Mucho mejor? 1
Algo mejor? 2
Igual? 3
Algo peor? 4
Mucho peor? 5
NO SABE / NO RESPONDE 6

908. CON RELACIÓN A OTRAS PERSONAS DE SU EDAD
¿CÓMO CONSIDERA SU SALUD EL DÍA DE HOY:
(Acepte solo un código)

Muy buena? 1
Buena? 2
Mala? 3
Muy mala? 4
NO SABE / NO RESPONDE 5

CONSECUENCIAS DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO Y EMOCIONAL

909. ¿DURANTE EL MES ANTERIOR....., COMO RESULTADO DE SU ESTADO DE SALUD FÍSICA, UD.:

	SÍ	NO	NO SABE	NO APLICA
1. ¿Ha disminuido la cantidad de tiempo que Ud. dedicaba a su trabajo u otras actividades diarias?	1	2	3	
2. ¿Rindió menos en su trabajo que lo que Ud. desearía?	1	2	3	4
3. ¿Dejó de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias?	1	2	3	
4. ¿Tuvo Ud. alguna dificultad para realizar su trabajo o sus actividades diarias (es decir le costó más de lo normal)?	1	2	3	

910. ¿DURANTE EL MES ANTERIOR....., SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O SU ESTADO DE ÁNIMO HAN AFECTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES: (COMO VISITAR A FAMILIARES O AMIGOS)?

Mucho? 1
Poco? 2
Nada? 3

NO TUVO PROBLEMAS DE SALUD FÍSICOS O EMOCIONALES 4

911. EL MES ANTERIOR....., ¿UD. TUVO O SINTIÓ:

Mucho dolor en su cuerpo? 1
Poco dolor en su cuerpo? 2
Ningún dolor en su cuerpo? 3 → **PASE A 913**

912. EL MES ANTERIOR....., ¿HASTA QUE PUNTO EL DOLOR QUE SINTIÓ LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO NORMAL (DENTRO Y FUERA DEL HOGAR):

Mucho? 1
Poco? 2
Nada? 3

ENCUESTADOR/A: Si en la Pgta. 905A marcó el código 3 (Severa) para el ítem 4 (para usar brazos y manos / piernas y pies pase a la Pgta. 916 (Síntomas de Depresión).

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Sr(a) ahora necesito conocer las dificultades que Ud. podría tener para realizar hacer ciertas actividades que son importantes en la vida diaria, DEBIDO A ALGÚN PROBLEMA DE SALUD.

913. DÍGAME UD. SI TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES QUE LE VOY A MENCIONAR, POR FAVOR NO CONSIDERE DIFICULTADES QUE CREE QUE DURARÁN MENOS DE 3 MESES.

(Entregue la tarjeta N° 5)

	Mucha dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad	No sabe/ No responde
1. ¿Tiene alguna dificultad para cruzar de un cuarto a otro caminando?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.)?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir del baño)?	1	2	3	4
4. ¿Tiene alguna dificultad para usar el baño o servicio higiénico (incluyendo sentarse y levantarse del baño o silo)?	1	2	3	4
5. ¿Tiene alguna dificultad para acostarse o levantarse de la cama?	1	2	3	4
6. ¿Tiene alguna dificultad para vestirse?	1	2	3	4

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

914. SR(A)....., AHORA LE VOY A MENCIONAR OTRAS ACTIVIDADES IMPORTANTES. POR FAVOR, DÍGAME UD. SI TIENE ALGUNA DIFICULTAD PARA REALIZARLAS DEBIDO A ALGÚN PROBLEMA DE SALUD. NO CONSIDERE PROBLEMAS DE SALUD QUE USTED ESPERA QUE DUREN MENOS DE 3 MESES.

(Entregue la tarjeta N° 5)

	Mucha dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad	No sabe/No responde
1. ¿Tiene alguna dificultad para cocinar (si cocina o tuviese que cocinar)?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para hacer las compras de los alimentos?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para tomar sus medicinas (si toma alguna o tuviera que tomar alguna)?	1	2	3	4
4. ¿Tiene alguna dificultad para gastar (administrar) su propio dinero?	1	2	3	4
5. ¿Tiene alguna dificultad para ir a otros lugares solo(a), como ir al establecimiento de salud, el mercado, la iglesia, etc.?	1	2	3	4
6. ¿Tiene alguna dificultad para hacer los quehaceres de la casa, como tender la cama, barrer, sacudir, etc.?	1	2	3	4
7. Tiene dificultad para levantar o cargar las bolsas del mercado, bolsas de víveres (productos de la chacra)?	1	2	3	4
8. Tiene dificultad para correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1	2	3	4
9. Tiene dificultad para realizar sus actividades tales como mover una mesa, empujar una carretilla, cargar un balde con agua, o caminar más de una hora?	1	2	3	4
10. Tiene dificultad para doblarse, arrodillarse o agacharse?	1	2	3	4

ANTROPOMETRISTA: Diligencie la Pgta. 915, sólo si en la Pgta. 914, marcó el código 2 ó 3 para alguno de los ítems del 7 al 10. De lo contrario, pase a la Pgta. 916.

915. ¿CON QUÉ FRECUENCIA UD. REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

	Siempre?	A veces?	Muy poco?	Nunca?
1. Salir de su hogar, para movilizarse dentro de la urbanización/centro poblado, anexo donde vive	1	2	3	4
2. Salir de su hogar, para movilizarse fuera de la urbanización/centro poblado, anexo donde vive	1	2	3	4
3. Realizar ejercicios físicos o practicar algún deporte	1	2	3	4
4. Participar en reuniones eventos organizados por su municipalidad	1	2	3	4

DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN

916. AHORA, LE HARÉ UNA PREGUNTA DE OPINIÓN, ¿UD. SE CONSIDERA UNA PERSONA VALIOSA?

(Entregue la tarjeta N° 6)

- Sí, siempre 1
 Sí, la mayor parte del tiempo 2
 Algunas veces 3
 Muy pocas veces 4
 Nunca 5

917. SR(A) DÍGAME, ¿QUÉ TAN (Nombre) CONTENTO(A) ESTÁ...

(Entregue la tarjeta N° 7)

	Muy contento /a?	Contento /a?	Poco contento /a?	Nada contento /a?
1. Con su estado de salud?	1	2	3	4
2. Con Ud. mismo(a)?.....	1	2	3	4
3. Con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (Cotidianas)?	1	2	3	4
4. Con sus relaciones personales (Vecinos, amigos)?	1	2	3	4
5. Con el lugar donde Ud. vive?.....	1	2	3	4
6. Con la relación que tiene con sus hijos?.....	1	2	3	4
7. Con la relación que tiene con sus demás familiares?	1	2	3	4
8. Con su vida en general?	1	2	3	4

917A. SR(A)....., A CONTINUACIÓN LE HARÉ (Nombre)

ALGUNAS PREGUNTAS QUE SE REFIEREN A CÓMO SE SIENTE ACTUALMENTE, DÍGAME:

	Sí	No
1. En general, ¿Se siente Ud. satisfecho(a), contento(a), a gusto con su vida	1	2
2. ¿Ha dejado de lado alguna de sus actividades de interés personal?	1	2
3. ¿Siente que su vida está vacía (que le falta algo)?	1	2
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?.....	1	2
5. ¿Se encuentra alegre y con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	1	2
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?.....	1	2
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	1	2
8. ¿Se siente a menudo desamparado(a) o abandonado(a) (falta de atención)?	1	2
9. ¿Prefiere quedarse en casa, que salir y hacer cosas nuevas?	1	2

EMPODERAMIENTO

918. LE VOY HACER ALGUNAS PREGUNTAS QUE SE RELACIONAN CON USTED, SU FAMILIA Y SU HOGAR.

¿CONSIDERA UD:

(Entregue la tarjeta N° 6)

	Sí, siempre	Sí, la mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca	NO APLICA
1. Que su familia lo toma en cuenta para las decisiones del gasto del hogar?.....	1	2	3	4	5	6
2. Que su familia lo toma en cuenta para las decisiones importantes del hogar?	1	2	3	4	5	6
3. Que aporta para los gastos del hogar?.....	1	2	3	4	5	6
4. Que decide libremente en qué gastar su dinero?	1	2	3	4	5	6
5. Que sus familiares lo tratan con respeto?	1	2	3	4	5	
6. Que sus familiares respetan sus deseos, opiniones y otros intereses que Ud. tenga?.....	1	2	3	4	5	

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sr(a) las ENFERMEDADES CRÓNICAS, son enfermedades permanentes o de larga duración, constantes y que van avanzando con el tiempo.

919. TENIENDO EN CUENTA LA DEFINICIÓN LEÍDA LE HARÉ LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿PADECE UD. DE:

	SÍ	NO	NO SABE / NO RESPONDE	(919-A) ¿FUE DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD?	(919-B) ¿ACTUALMENTE RECIBE UD. TRATAMIENTO MÉDICO (MEDICINA, TERAPIA, ETC)?		(919-C) ¿POR QUÉ NO RECIBE TRATAMIENTO? (Acepte un solo código)	
					SÍ	NO		
1. ¿Enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?	1	2	3	1	2	1	2	
2. ¿Hipertensión, es decir, la presión alta?	1	2	3	1	2	1	2	
3. ¿Diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?	1	2	3	1	2	1	2	
4. ¿Depresión?	1	2	3	1	2	1	2	
5. ¿Cáncer o un tumor maligno, <u>excluyendo</u> tumores pequeños de la piel?	1	2	3	1	2	1	2	
6. ¿Infarto o ataque al corazón, enfermedad coronaria, angina, enfermedad cardíaca congestiva u otros problemas del corazón?	1	2	3	1	2	1	2	
7. ¿Derrame o hemorragia cerebral?	1	2	3	1	2	1	2	
8. ¿Artritis, reumatismo o artrosis?	1	2	3	1	2	1	2	
9. ¿Osteoporosis? (perdida de calcio en los huesos)	1	2	3	1	2	1	2	
10. ¿Insuficiencia renal crónica (problemas de riñón)?	1	2	3	1	2	1	2	
11. ¿Colesterol alto?	1	2	3	1	2	1	2	
12. ¿Enfermedades del sistema nervioso, Alzheimer o pérdida de memoria?	1	2	3	1	2	1	2	
13. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2	3	1	2	1	2	

Código para registrar en P919-C

No tiene dinero	1	Prefiere curarse con remedios caseros	6
El centro de atención o consultorio se encuentra lejos	2	No tiene seguro.....	7
El centro o consultorio se demora mucho en atender	3	Se auto receta o repite receta anterior ...	8
No confía en los médicos	4	Falta de tiempo	9
No es grave o necesario.....	5	Por el maltrato del personal de salud	10
		Otro (Especifique)	11

ATENCIÓN DE ENFERMEDADES

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

Síntoma o malestar (tos persistente, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1
Lesiones / úlcera en la piel? 2
Dolor al orinar? 3
Dificultad para masticar? 4
Enfermedad (gripe, diarrea, etc.)? 5
Recaída de enfermedad crónica? 6
Accidente? 7

NO TUVO ENFERMEDAD, SÍNTOMA,
RECAÍDA, ACCIDENTE 8

PASE
A
924

**921. ¿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 12

(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN 13

PASE
A
923

OBSERVACIONES

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

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

(Especifique)

PASE A 924

**923. ¿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)

GASTOS POR SALUD

(924)
¿UD. RECIBIÓ:

Revise la respuesta de la Pgta. 920 y aplique sondeo.

PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO

Sí No

(924-A)
¿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 924-C

PASE AL SIGTE. PRODUC. O SERV.

(924-B)
¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?

(924-C)
¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE SERVICIO O PRODUCTO?

MONTO S/.

MONTO S/.

Ent.

Dec.

Ent.

Dec.

A. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

1. CONSULTA DE SALUD? 1 2
 2. MEDICINAS / INSUMOS? 1 2
 3. ANÁLISIS? 1 2
 4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.? 1 2
 5. OTROS EXÁMENES (HEMODIÁLISIS, ETC.)? 1 2
 (Especifique)

1 2

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

B. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS? 1 2
 7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO? 1 2
 8. COMPRA DE LENTES? 1 2
 9. VACUNAS? 1 2
 10. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)? 1 2
 (Especifique)

1 2

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

C. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

11. HOSPITALIZACIÓN? 1 2
 12. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? 1 2

1 2

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

925. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿UD. NO HA PODIDO TOMAR (ADQUIRIR) SUS MEDICAMENTOS POR FALTA DE DINERO:

Si muchas veces? 1

Si, algunas veces? 2

Si, muy pocas veces? 3

NO HA TENIDO ESE PROBLEMA 4

NO NECESITO MEDICINA 5

OBSERVACIONES

SEGURO DE SALUD

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

PASE A
LA SGTE.
LÍNEA

926A. ¿QUIÉN APORTA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO:

Si	No	Su centro de Trabajo?	Ud. mismo?	Es jubilado?	Un familiar es el titular del seguro?	No Paga?
1	2	1	2	3	4	
1	2	1	2	3	4	
1	2	1	2	3	4	
1	2	1	2	3	4	
1	2	1	2		4	5
1	2	1	2	3	4	5

(Especifique)

SALUD PREVENTIVA

927. ¿EL (LA) ÚLTIMO(A) QUE SE REALIZÓ UD. POR PREVENCIÓN, LO HIZO:
(Examen/Prueba) (Periodo de Tiempo)

	Hace menos de 6 meses?	Hace 6 meses a menos de 2 años?	Hace 2 años a menos de 5 años?	Hace 5 años o más?	Nunca se realizó?	No sabe / no responde
1. Examen de la vista	1	2	3	4	5	6
2. Examen de los oídos	1	2	3	4	5	6
3. Medición(Toma) de su peso corporal	1	2	3	4	5	6
4. Análisis de sangre para revisar su nivel de colesterol	1	2	3	4	5	6
5. Prueba para diagnóstico de diabetes (azúcar en la sangre)	1	2	3	4	5	6
6. Medición (Toma) de su presión arterial	1	2	3	4	5	6
7. Vacunación contra la gripe fuerte (influenza)	1	2	3	4	5	6
MUJERES						
8. Examen de los pechos (senos) para detectar nudos o bultos?	1	2	3	4	5	6
9. Examen de mamografía para detectar cáncer en el pecho (senos)	1	2	3	4	5	6
10. Examen de Papanicolaou para detectar cáncer uterino?	1	2	3	4	5	6
HOMBRES						
11. Examen manual o prueba de sangre para detectar cáncer de próstata?	1	2	3	4	5	6

OBSERVACIONES

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

928. ¿CUÁNTAS COMIDAS COMPLETAS REALIZA AL DÍA? (considerar el desayuno y la cena como comida)

- Una comida..... 1
 Dos comidas 2
 Tres o más comidas 3

929. ¿CONSUME UD. ALIMENTOS COMO:

	SÍ	NO
1. Leche, queso u otros productos lácteos al menos una vez al día?	1	2
2. Huevos y menestras (como las lentejas, frijoles, habas, etc.) al menos una vez por semana?	1	2
3. Carne, pescado o aves (como pollo, gallina, pavo, etc.) al menos tres veces por semana?	1	2
4. Frutas o verduras al menos dos veces al día?	1	2

930. DIRÍA UD. QUE:

	SÍ	NO
1. ¿Está comiendo menos en los últimos 12 meses (de lo que comía antes) por problemas digestivos o falta de apetito?	1	2
2. ¿Con respecto a su estado nutricional se encuentra bien nutrido?	1	2

931. SU CONSUMO DIARIO DE LÍQUIDOS (AGUA E INFUSIONES) ES DE:

- Menos de 3 vasos al día? 1
 De 3 a 5 vasos al día? 2
 Más de 5 vasos al día? 3

OBSERVACIONES

Persona N°

900A. REDES DE APOYO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

Ahora vamos a hablar de las principales personas con las que usted se relaciona. La relación con estas personas puede darse a través de: consejos, compañía, cuidados, información, alimentación y/o dinero. Esta relación puede ser con parientes, amigos, vecinos, grupos religiosos u otros.

(936-1) Nº ORDEN	(936) POR FAVOR, MENCIONE UD. EL NOMBRE DE LAS <u>PERSONAS MÁS IMPORTANTES:</u> DE LAS QUE RECIBE APOYO O A LAS QUE UD. BRINDA APOYO <u>ACTUALMENTE</u>	(936-A) ¿QUÉ EDAD TIENE (Nombre)	(936-B) SEXO	(936-C) ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE..... (Nombre)	(936-D) ¿QUÉ TAN SEGUIDO SE VE O HABLA CON? (Nombre)	(936-E) ¿QUÉ APOYO / AYUDA RECIBE DE? (Nombre) (Mencione los 3 más importantes)	(936-F) ¿QUÉ APOYO / AYUDA BRINDA A? (Nombre) (Mencione los 3 más importantes)	(936-G) (EL), VIVE EN LA MISMA(O):	(936-H) ¿QUÉ TANTA CONFIANZA TIENE UD. CON, (Nombre) PARA COMPARTIR LO MÁS PERSONAL Y PROFUNDO DE USTED?	(936-I) ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. HA RECIBIDO AYUDA ECONÓMICA DE.....? (Nombre)	(936-J) ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. LE HA DADO AYUDA ECONÓMICA A.....? (Nombre)																
												Entregue tarjeta N° 8			Entregue tarjeta N° 8												
1					<p>Consejos 1 Apoyo material (comida, ropa, medicamentos, transporte, etc.) 2 Apoyo emocional 3 Apoyo económico 4 Compañía 5 Información sobre problemas de salud, de alimentación, de ingresos (económicos) 6 Ninguno 7 Otro 8 (Especifique)</p>			<p>Consejos 1 Apoyo material (comida, ropa, medicamentos, transporte, etc.) 2 Apoyo emocional 3 Apoyo económico 4 Compañía 5 Información sobre problemas de salud, de alimentación, de ingresos (económicos) 6 Ninguno 7 Otro 8 (Especifique)</p>			<p>Vivienda? 1 Calle? 2 Comunidad/Centro poblado? 3 Distrito? 4 Provincia? 5 Departamento? 6 Otro departamento? 7 Otro país? 8</p>			<p>Mucho? 1 Suficiente? 2 Poco? 3 Nada? 4</p>			<p>SÓLO SI REGISTRÓ CÓDIGO 4 EN PGTA.936-E</p>			<p>SÓLO SI REGISTRÓ CÓDIGO 4 EN PGTA.936-F</p>							
														<p>Pase a la siguiente persona</p>			<p>Pase a la siguiente persona</p>										
		H	M	CÓDIGO	CÓDIGO	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	SÍ	NO	FREC.	MONTO POR VEZ	SÍ	NO	FREC.	MONT O POR VEZ
		1.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
		2.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
		3.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
		4.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
		5.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
		6.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
		7.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2		
8.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2				
9.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2				
10.		1	2											1	2	3	4	1	2			1	2				

PARENTESCO:

Esposa(o) 1 Yerno/Nuera..... 4 Suegro(a) 7 Pensionista..... 10
 Hijo(a) 2 Hermano(a)..... 5 Otro pariente 8 Otro no pariente 11
 Nieto 3 Padre/Madre 6 Trabaj. Hogar 9

FRECUENCIA:

Diario 1 Mensual..... 4 Semestral..... 7
 Semanal 2 Bimestral..... 5 Anual 8
 Quincenal 3 Trimestral..... 6 2 ó 3 veces por semana 9

937. ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. HA RECIBIDO AYUDA CON LOS QUEHACERES DEL HOGAR O CON SU CUIDADO PERSONAL COMO VESTIRSE, ALIMENTARSE, ACOSTARSE, ETC.?

937A. ¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBIÓ LA AYUDA?

Sí..... 1 →

CÓDIGO

No 2 → **PASE A 939**

939. ¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES UD. HA AYUDADO HA CUIDAR A SUS NIETOS, O CON LOS QUEHACERES DEL HOGAR, ETC.?

939A. ¿CON QUÉ FRECUENCIA AYUDÓ UD.?

Sí 1 →

CÓDIGO

No 2 → **PASE A CAP. 1000**

938. ¿CON LA AYUDA RECIBIDA UD. ESTÁ:

Muy contento(a)?..... 1

Contento(a)?..... 2

Poco contento(a)? 3

940. ¿CON LA AYUDA QUE UD. DIO, ESTÁ:

Muy contento(a)?..... 1

Contento(a)?..... 2

Poco contento(a)? 3

FRECUENCIAS PARA PREGUNTAS 937A Y 939A		
Diario..... 1	Quincenal 4	Cada 3 meses o más 7
2 a 6 veces por semana 2	Mensual..... 5	
Semanal 3	Bimestral 6.....	

OBSERVACIONES

8. ¿EL TIPO DE PAGO O INGRESO QUE UD. RECIBE EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ES:
(Acepte una o más alternativas)

- Sueldo? 1
 Salario? 2
 Comisión? 3
 Destajo? 4
 Subvención? 5
 Honorarios profesionales (con R.U.C.)? 6
 Ingreso (ganancia) por negocio o servicio... 7
 Ingreso como productor agropecuario? 8
 Propina? 9
 En especie? 10
 ¿Otro? 11
 (Especifique)
- NO RECIBE 12

9. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD. ¿LABORARON:

- Hasta 20 personas? 1
 De 21 a 50 personas? 2
 De 51 a 100 personas? 3
 De 101 a 500 personas? 4
 Más de 500 personas? 5
- } N° de personas

10. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, EL DÍA.....

	HORAS
Domingo	
Lunes.....	
Martes.....	
Miércoles	
Jueves	
Viernes.....	
Sábado	
TOTAL	

11. LA SEMANA PASADA. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMÓ TRASLADARSE DE SU CASA U OTRO LUGAR A SU TRABAJO, EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?
(Considere el tiempo de ida y vuelta e incluya el tiempo de espera)

Día de semana (lunes a viernes)		Fin de semana (sábado a domingo)			
N° Días	Horas por Día		N° Días	Horas por Día	
	Horas	Minutos		Horas	Minutos

TRABAJA EN SU CASA 1

B. **ANTROPOMETRISTA:** Verifique la respuesta de la pregunta 7.

- Igual a 1 ó 2 → **PASE A 14**
 Igual a 3, 4 ó 6 → **PASE A 12**
 Igual a 5 ó 7 → **PASE A 15**

INGRESO POR OCUPACIÓN PRINCIPAL

**INGRESO DE LA OCUPACIÓN PRINCIPAL
DEPENDIENTE**

12. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿A UD. LE PAGAN:

- Diario? 1
 Semanal? 2
 Quincenal? 3
 Mensual? 4

13. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL SIN DESCUENTOS EN EL (LA).....

Frecuencia

ANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?

CONCEPTO	MONTO S./ (Enteros)	No Sabe	No Recibe
A. Monetario (ingreso bruto)		1	2
B. En especie(alimentos, servicio de transporte)		1	2

PASE A 15

**INGRESO DE LA OCUPACIÓN PRINCIPAL
INDEPENDIENTE**

14. ¿EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?

CONCEPTO	MONTO S./ (Enteros)	No Sabe	No Recibe
A. Monetario (ganancia neta)		1	2
B. En especie (ingreso en productos)		1	2

OCUPACIÓN SECUNDARIA

15. LA SEMANA PASADA, ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿TUVO UD. OTRO TRABAJO PARA OBTENER INGRESOS?

Sí..... 1

No 2 → **PASE A C**

16. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA O NEGOCIO COMO:

¿Empleador o patrono? 1

¿Trabajador independiente? 2

¿Empleado? 3

¿Obrero? 4

¿Trabajador familiar no remunerado? 5

¿Trabajador del hogar? 6

¿Otro? 7

(Especifique)

20. EN TOTAL UD. TRABAJÓ..... HORAS LA SEMANA PASADA. ¿NORMALMENTE TRABAJA ESAS HORAS A LA SEMANA?

Sí 1 → **PASE A 22**

No 2

21. NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS OCUPACIONES?

[Empty Box]

Número de Horas

22. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA TRABAJAR MÁS HORAS DE LAS QUE NORMALMENTE TRABAJA?

Sí 1

No 2 → **PASE A (D)**

23. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR MÁS HORAS?

Sí 1

No 2

17. LA SEMANA PASADA. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMÓ TRASLADARSE DE SU CASA U OTRO LUGAR A SU TRABAJO, EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?
(Considera el tiempo de ida y vuelta e incluya el tiempo de espera)

Día de semana (lunes a viernes)			Fin de semana (sábado a domingo)		
Nº Días	Horas por Día		Nº Días	Horas por Día	
	Horas	Minutos		Horas	Minutos

TRABAJA EN SU CASA 1

18. ¿CUÁNTAS OCUPACIONES SECUNDARIAS TUVO UD. LA SEMANA PASADA?

Sólo 1 ocupación secundaria 1

2 o más ocupaciones secundarias 2

19. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S)?

[Empty Box]

Número de Horas

(Todas las ocupaciones secundarias)

C. **ANTROPOMETRISTA:** Transcriba el total de horas de la pregunta 10 y el número de horas de la pregunta 19 a los recuadros respectivos; luego realice la suma.

Total de Horas de Pgta. 10	[Empty Box]
Nº de Horas de Pgta. 19	[Empty Box]
TOTAL	[Empty Box]

Transcriba el total obtenido a la línea punteada de la pregunta 20

D. ANTROPOMETRISTA:

1. Si el informante tiene solo (1) ocupación secundaria, verifique la respuesta de la pregunta 16, y si es:

Igual a 1 ó 2 → **PASE A 25**

Igual a 3, 4 ó 6 → **PASE A 24**

Igual a 5 o 7 y Total de la Pgta. 10 es menor de 15 horas. → **PASE A 26**

Igual a 5 o 7 y Total de la Pgta. 10 es mayor o igual a 15 horas. → **PASE A 32**

2. Si tiene más de (1) ocupación secundaria, pregunte también por los ingresos de las otras ocupaciones secundarias y regístrelas en la pregunta 24 y/o 25, según corresponda.

OTROS INGRESOS

33. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿RECIBÍÓ UD. INGRESOS POR CONCEPTO DE:

	Sí	No	FRECUEN-CIA	MONTO S/.
1. Arrendamiento de casas, habitaciones, vehículos y/o maquinarias?	1	2		
2. Arrendamiento de tierras agrícolas?	1	2		
3. Intereses por depósitos en bancos, cooperativas?	1	2		
4. Indemnizaciones?	1	2		
5. Gratificación, escolaridad de jubilados, etc.?	1	2		
6. Otro ingreso?	1	2		

(Especifique)

TOTAL

FRECUENCIA:

Diario..... 1 Mensual..... 4 Semestral 7
 Semanal..... 2 Bimestral..... 5 Anual 8
 Quincenal..... 3 Trimestral..... 6

34. EL SISTEMA DE PENSIONES AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ES:

(Acepte una o más alternativas)

Sí	No
1	2
1	2
1	2
1	2

(Especifique)

OCUPACIÓN Y RIESGO LABORAL

(Sólo para los ocupados)

35. ¿LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE UD. TRABAJA ES:
 (Acepte una o más alternativas)

Por necesidad del ingreso? 1

Por ayudar en el negocio familiar? 2

Por mantenerse ocupado? 3

Para sentirse útil? 4

Porque le gusta su trabajo? 5

Otra razón? 6

(Especifique)

NO SABE / NO RESPONDE 7

36. ¿UD. TIENE ACTUALMENTE.....AÑOS HASTA QUE EDAD CREE QUE TRABAJARÁ?

Edad

37. CUANDO UD. DEJE DE TRABAJAR, ¿CÓMO PIENSA MANTENERSE (ECONÓMICAMENTE) EN SU VEJEZ?
 (Rpta. Espontánea)
 (Señale tres fuentes de ingreso más importantes)

Con una pensión de la AFP 1

Con una pensión del Sistema

Nacional ó Público 2

Con la pensión de su cónyuge 3

Con Pensión 65 4

Con ayuda de sus hijos 5

Con ayuda de sus nietos 6

Con ayuda de otros familiares 7

Con ayuda de amigos o vecinos 8

Con renta (alquiler) de sus propiedades 9

Con sus ahorros personales 10

Con ayuda de programas sociales 11

Con un negocio propio 12

De otra forma 13

(Especifique)

NO LO HA PENSADO 14

OBSERVACIONES

Persona N°

1100. PERCEPCIÓN DEL HOGAR Y AUTOVALORACIÓN

1. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL ES:

- ¿Muy buena? 1
 ¿Buena? 2
 ¿Regular? 3
 ¿Mala? 4
 ¿Muy mala? 5
 NO SABE/NO RESPONDE 6

2. ¿SUS INGRESOS LE ALCANZAN PARA PODER VIVIR (considerando alimentos, vestido, calzado, salud, educación, transporte, etc.):

- Sí, de sobra? 1
 Sí, con las justas? 2
 No, le alcanza para vivir?.. 3
 NO SABE/NO RESPONDE 4
 NO TIENE INGRESOS 5 → **PASE A 4**

3. ¿CUÁNTO DE SUS INGRESOS APORTA USTED PARA LOS GASTOS DEL HOGAR, DONDE VIVE:

- Todo? 1
 Casi todo? 2
 Más de la mitad? 3
 La mitad? 4
 Menos de la mitad? 5
 Poco? 6
 NO APORTA 7
 NO TIENE INGRESOS 8

4. ¿CONSIDERA USTED QUE:

	Siempre?	A veces?	Muy poco?	Nunca?
1. Ayuda a la economía familiar	1	2	3	4
2. Ayuda en las labores de mantenimiento del hogar (limpiar, cocinar, etc.)	1	2	3	4
3. Ayuda en el cuidado de los niños/as	1	2	3	4
4. Ayuda con sus consejos y experiencia	1	2	3	4
5. Es una carga para la familia	1	2	3	4

Persona N°

1100A. CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65

5. ¿CONOCE USTED SOBRE EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65?

Sí 1

No 2 → **PASE A 8A**

ANTROPOMETRISTA: Si en la Pgta. 6, tiene marcado el código 1 “Dinero” continúe con la pregunta 7. Si solo tiene marcado los códigos del 2 al 5 , pase a la Pgta. 8.

7. ¿A QUÉ PERSONAS BENEFICIA EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65?

(Acepte una o más alternativas)

Adultos a partir de 65 años 1

Adultos muy pobres 2

Adulto sin pensión 3

Adulto sin apoyo de hijos y/o familiares 4

Otro? 5

(Especifique)

8. ¿CUÁL ES SU OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65, EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

	Muy bueno?	Bueno?	Malo?	Muy Malo?	No Sabe / No Opina
1. La selección de los beneficiarios es	1	2	3	4	5
2. La cantidad de dinero que se entrega es.....	1	2	3	4	5
3. El lugar donde se entrega el dinero es.....	1	2	3	4	5
4. La información sobre los lugares y fechas de cobro de dinero es...	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES

8A. ¿USTED ES BENEFICIARIO DEL PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65?

Sí..... 1

No 2 → **PASE A 11**

8B. ¿DESDE CUÁNDO ES USTED BENEFICIARIO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

Mes	Año

No sabe..... 1

8C. EN EL ÚLTIMO PAGO, ¿CUÁNTO DINERO RECIBIÓ COMO APOYO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

Monto S/.

NO COBRÓ..... 1

NO SABE 2

8D. GENERALMENTE, ¿QUIÉN RECOGE EL DINERO QUE LE ENTREGA EL PROGRAMA PENSIÓN 65?

El mismo usuario..... 1

Un integrante del hogar..... 2

Otra persona que no forma parte del hogar..... 3

8E. ¿Cuánto le entregó?

8F. ¿EN QUIÉN HA GASTADO PRINCIPALMENTE, EL APOYO RECIBIDO DE PARTE DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

En sí mismo 1

En un familiar miembro del hogar 2

En otro familiar/persona que no forma parte del hogar 3

8G. ¿EN QUÉ HA GASTADO EL ÚLTIMO MONTO RECIBIDO DE PARTE DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?
(Acepte una o más alternativas)

- | | |
|--|----|
| Alimentos..... | 1 |
| Medicinas | 2 |
| Vitaminas o suplementos..... | 3 |
| Gastos del hogar | 4 |
| Compra de ropa y zapatos | 5 |
| Consultas médicas | 6 |
| Compra de productos de aseo personal .. | 7 |
| Regalos | 8 |
| Ahorro | 9 |
| Pago de servicios de la vivienda | 10 |
| Compra de semillas, fertilizantes o animales de corral | 11 |
| Otro..... | 12 |

8H. PRINCIPALMENTE, ¿QUIÉN DECIDIÓ CÓMO DEBÍA GASTARSE EL ÚLTIMO MONTO RECIBIDO DE PARTE DEL PROGRAMA PENSIÓN 65?

El mismo usuario 1

Una persona del mismo hogar..... 2

Una persona de otro hogar..... 3

Nombre	Relación de parentesco	Sexo	
		Código	Hombre
		1	2

Relación de parentesco		
Esposa(o)..... 1	Hermano(a) 5	Trabaj. Hogar 9
Hijo(a)..... 2	Padre/Madre..... 6	Pensionista 10
Nieto(a)..... 3	Suegro(a) 7	Otro no pariente 11
Yerno/Nuera..... 4	Otro pariente 8	

8I. DESDE QUE RECIBE APOYO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65, ¿CÓMO SE SIENTE RESPECTO A:

	¿Mejor que antes?	¿Igual que antes?	¿Peor que antes?
1. Su alimentación?	1	2	3
2. Su salud?	1	2	3
3. La relación con sus familiares?	1	2	3
4. La relación con otros miembros de la comunidad?	1	2	3

OBSERVACIONES

ACCESO Y CONOCIMIENTO DEL SERVICIO BANCARIO

11. ¿TIENE USTED UNA CUENTA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE EN ALGÚN BANCO U OTRA INSTITUCIÓN FINANCIERA (CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO, CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO)?

Sí..... 1

No 2

NO SABE / NO RESPONDE 3

**PASE A
13**

12. ¿ESTARÍA DISPUESTO A QUE UNA PERSONA DE SU CONFIANZA ADMINISTRE SU CUENTA BANCARIA (POR EJEMPLO: RETIRAR DINERO O REALIZAR TRANSFERENCIAS POR USTED)?

Sí..... 1

No 2

NO SABE / NO RESPONDE 3

13. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACUDE UD. A ALGÚN BANCO, AGENCIA BANCARIA O INSTITUCIÓN FINANCIERA (CAJA MUNICIPAL, CAJA RURAL, ETC.)?

CÓDIGO

NUNCA ACUDIÓ..... 1

FRECUENCIA:

Diario 1	Mensual 4	Semestral 7
Semanal 2	Bimestral 5	Anual 8
Quincenal 3	Trimestral 6	Más de un año 9

14. ¿NECESITA O NECESITARÍA COMPAÑÍA PARA ACUDIR A ALGUNA AGENCIA BANCARIA O INSTITUCIÓN FINANCIERA (BANCO, CAJA MUNICIPAL, CAJA RURAL, ETC.)?

Sí..... 1

No 2 → **PASE A 16**

15. ¿GENERALMENTE LO ACOMPAÑA O PODRÍA ACOMPAÑARLO(A) UN:

Familiar? 1

Cuidador? 2

Vecino? 3

Otro? 4

(Especifique)

16. ¿CUÁNTO TIEMPO SE DEMORA UD. EN LLEGAR A LA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN O PUNTO DE PAGO MÁS CERCANO A SU CASA?

Menos de 24 horas? 1 → **16A. N° de horas**

(Si es menor a una hora anote 00)

(Horas)

Más de 24 horas? 2

NO SABE / NO RESPONDE 3

NO ACUDE 4

17A. ¿CUÁNTO GASTA UD. EN LLEGAR A LA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN O PUNTO DE PAGO MÁS CERCANO A SU CASA:

Menos de 50 Nuevos Soles?.... 1 → **17B. Total S/.**

(Si es menor a un nuevo sol, anote 00)

(Nuevos soles)

Más de 50 Nuevos Soles?..... 2

NO SABE / NO RESPONDE ... 3

NO ACUDE..... 4

18A. ¿CON QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE VIAJA UD. PARA LLEGAR A LA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN O PUNTO DE PAGO MÁS CERCANO A SU CASA:

(Acepte una o más alternativas)

A pie o caminando? 1

A lomo de bestia y/o cabalgando? 2

Colectivo/Microbus/Coaster/Camión? 3

Bicicleta/Mototaxi/Motocicleta? 4

Otro? 5

(Especifique)

NO ACUDE..... 6

19. ¿HA ENTREGADO UD. ALGUNA VEZ UN PODER (CARTA PODER) PARA QUE OTRA PERSONA REALICE ALGÚN TRÁMITE POR USTED?

Sí 1

No 2

NO SABE / NO RESPONDE 3

ETNICIDAD

20. POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿USTED SE CONSIDERA:

Quechua? 1

Aymara? 2

Native o Indígena de la Amazonía? 3

Negro/ Mulato/Zambo/Afro peruano? 4

Blanco? 5

Mestizo? 6

Otro? 7

(Especifique)

NO SABE / NO RESPONDE 8

21. ¿USTED PERTENECE O SE CONSIDERA PARTE DE UN PUEBLO INDÍGENA?

Sí 1

No 2

NO SABE/NO RESPONDE 3

→ **CONCLUYA EL CAPÍTULO**

22. ¿A QUÉ PUEBLO INDÍGENA PERTENECE?

(Especifique)

Persona N°

1200. USO DEL TIEMPO (ACTIVIDADES NO ECONÓMICAS)

Sr(a). Ahora vamos a hablar sobre las tareas que usted realizó o ayudó a realizar en su hogar o fuera de él la semana pasada.

(1) LA SEMANA PASADA, DEL LUNES..... AL DOMINGO....., ¿USTED REALIZÓ/AYUDÓ A REALIZAR, ALGUNA DE LAS TAREAS SIGUIENTES COMO:		(2) ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ A DE <u>LUNES A VIERNES</u> ? (Tarea)				(3) ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ A DE <u>SÁBADO A DOMINGO</u> ? (Tarea)			
		PASE A LA SGTE. LÍNEA		Nº Total de Horas		No realizó la tarea	Nº Total de Horas		No realizó la tarea
Sí	No	Horas.	Minutos	Horas.	Minutos				
A. ACTIVIDADES CULINARIAS?		1	2			1		1	
B. ASEO DE LA VIVIENDA?		1	2			1		1	
C. CUIDADO Y CONFECCIÓN DE ROPA?		1	2			1		1	
D. CUIDADO DE BEBÉS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES? (Verifique capítulo 200, si hay registrados <u>miembros del hogar de 0 a 17</u> años de edad, realice el sondeo para no omitir información)		1	2			1		1	
E. ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SU HOGAR (Llevar las cuentas, distribuir el presupuesto, cobrar subsidio de Juntos u otros, llevar a bebé o niño(a) a guardería, cuna más, wawawasi, etc.)?		1	2			1		1	
F. COMPARTIR TIEMPO CON OTROS MIEMBROS DE SU HOGAR (Conversar, oír música, ver TV, etc.) Y/O ASISTIR A ACTIVIDADES RECREATIVAS, FAMILIARES O SOCIALES?		1	2			1		1	
G. USAR SU TIEMPO LIBRE (Ver TV., leer por distracción, pasear, descansar sin hacer nada, hacer deporte o ejercicios, conversar con amigos, dibujar, pintar, bailar u otras actividades artísticas)?		1	2			1		1	
H. CUIDADO DE HUERTOS Y ANIMALES DEL HOGAR (Actividad No Económica)?		1	2			1		1	
I. TRABAJO VOLUNTARIO PARA ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES (Cocinar por turnos en comedor popular, club de madres, vaso de leche, realizar labores para la iglesia, faenas comunales o vecinales, participar en asambleas, sindicato o grupo político, etc.)?		1	2			1		1	
J. OTRAS TAREAS (Asistir a charlas de escuela de padres, ayudar en las tareas escolares, reparación y/o mantenimiento de su vivienda, acompañar al puesto de salud; ir al curandero, etc.)? _____ (Especifique)		1	2			1		1	
K. OTRAS TAREAS? _____ (Especifique)		1	2			1		1	

1. SR(A)....., TIENE HIJOS(AS) QUE VIVE(N) FUERA DE ESTE HOGAR?

Sí..... 1

No 2

Pase al Capítulo siguiente

(2) Nº DE ORD.	(3) ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE CADA UNO DE SUS HIJOS QUE VIVEN FUERA DE ESTE HOGAR?	(4) SEXO	(5) ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?	(6) ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?	(7) ¿CUÁL ES EL LUGAR DE RESIDENCIA?			
					<i>Sin nivel..... 1</i> <i>Educación inicial 2</i> <i>Primaria 3</i> <i>Secundaria 4</i> <i>Sup. No univ 5</i> <i>Sup. Univ 6</i> <i>Post grado 7</i>			
NOMBRE		APELLIDOS	HOMBRE	MUJER	AÑOS	CÓDIGO	OTRO DISTRITO	DEPARTAMENTO / PAÍS
1			1	2			1	
2			1	2			1	
3			1	2			1	
4			1	2			1	
5			1	2			1	
6			1	2			1	
7			1	2			1	
8			1	2			1	
9			1	2			1	
OBSERVACIONES								

OBSERVACIONES



ENCUESTA DE SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR 2015 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604
Y POR EL DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

ALTITUD	
(msnm)	

ESBAM.04

Contiene: Evaluación Antropométrica y Biológica del Adulto Mayor

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°		9. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA	
6. MANZANA N°			
7. AER N°			
8. VIVIENDA N°		10. HOGAR N°	

12. NOMBRE Y APELLIDOS DEL ADULTO MAYOR:

13. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR/A					SUPERVISOR/A LOCAL				
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										
Quinta										
Sexta										

14. RESULTADO FINAL DE LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOLÓGICA

FECHA	
RESULTADO	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO	
1. COMPLETA	4. AUSENTE
2. INCOMPLETA	5. OTRO _____
3. RECHAZO	(Especifique)

15. EXÁMENES REALIZADOS

PRESIÓN ARTERIAL	PESO	PERÍMETRO ABDOMINAL	EXTENSIÓN DE BRAZOS	PERÍMETRO BRAQUIAL	PANTORRILLA	HEMOGLOBINA
1	2	3	4	5	6	7

OBSERVACIONES

1600. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOLÓGICA

Persona N°: _____ **Nombre:** _____ **Edad:** _____

CONTROL DEL ANTROPOMETRISTA

1. FECHA DE LA EVALUACIÓN

Día	Mes	Año

1B. N° DE VISITAS

PRESIÓN ARTERIAL

2. SR(A).....NECESITO QUE UD. ESTÉ LO MÁS
RELAJADO POSIBLE PARA PODER REALIZAR LA
MEDICIÓN DE SU PRESIÓN ARTERIAL.

Sistólica		Diastólica

2A. HORA DE INICIO

Hora	Minutos

NO SE TOMÓ LA MEDICIÓN 1

4. SR(A)....., A CONTINUACIÓN VOY A PESARLO Y PARA ELLO NECESITO QUE SE Quite LA ROPA MÁS PESADA, COMO LA CASACA, PONCHO, CHOMPA, ZAPATOS, ETC; Y, PERMANEZCA QUIETO SOBRE LA BALANZA CON LAS MANOS PEGADAS AL CUERPO.

PESO BRUTO (Kg.)	
Entero	Decimal

4A. HORA DE INICIO

Hora	Minutos

NO SE PESÓ..... 1

5. SR(A)....., AHORA LE VOY A REALIZAR MEDICIONES DEL PERÍMETRO ABDOMINAL, EXTENSIÓN BRAZOS, PERÍMETRO BRAQUIAL Y PERÍMETRO DE PANTORRILLA.

	MEDICIÓN (Centímetros)			5A. HUBO PROBLEMA FÍSICO EN EL ADULTO MAYOR QUE IMPIDIÓ O DIFICULTÓ LA MEDICIÓN (Especificar)	5B. HORA DE INICIO	
	ENTERO	DECI- MAL	NO SE MIDIÓ		HORA	MINU- TOS
1. Perímetro abdominal			1			
2. Extensión brazos			1			
3. Perímetro braquial			1			
4. Perímetro pantorrilla			1			

OBSEVACIONES

TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE

HEMOGLOBINA

6. SR(A)....., A CONTINUACIÓN LE HARÉ UN PIQUETE EN EL DEDO PARA CONOCER SU NIVEL DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE.

Hemoglobina (g/dl)	
Entero	Decimal

6A. HORA DE INICIO

Hora	Minutos

NO SE TOMÓ LA MUESTRA..... 1

NO SE OBTUVO MUESTRA SUFICIENTE.....2