

ENCUESTA NACIONAL ESPECIALIZADA SOBRE DISCAPACIDAD – 2012

CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, CLASIFICACIÓN DE
LIMITACIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

CUESTIONARIO Nº	Cuestionario Adicional
	1

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

CUESTIONARIO.01

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		COD.	B. UBICACIÓN MUESTRAL			
1. DEPARTAMENTO			6. CONGL. N°	7. ZONA N°		
2. PROVINCIA			8. MANZANA N°	9. FRENTE N°		
3. DISTRITO						
4. CENTRO POBLADO						
5. NÚCLEO URBANO						
			10. A.E.R N°	Inicial Final	11. VIVIENDA Nº	

12. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: (Circule sólo un código) Tipo de vía: Avenida.....1 Jirón2 Calle.....3 Pasaje....4 Carretera...5 Otro6

Nombre de Vía	Nº de puerta	Interior	Piso	Block	Manzana	Lote	Km.	Teléfono

13. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA

Sr.(a): Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.	¿CUÁNTOS HOGARES OCUPAN ESTA VIVIENDA?	→		
--	--	---	--	--

14. HOGAR N°

15. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE	INFORMANTE N°
--	---------------

II. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITAS	Encuestador(a)				Supervisor(a)			16. RESULTADO FINAL DEL CUESTIONARIO.01	Códigos de resultado		
	Fecha	Hora		Próxima Visita	Resultado de la Visita	Fecha	Hora			Resultado de la Visita	
		De	A	Fecha			Hora				
1ra.									Completa.....1 Incompleta2 Rechazo.....3 Ausente.....4 Desocupada.....5 No se inició la entrevista6 Otro7 (Especifique)		
2da.											
3ra.											
4ta.											
5ta.											

III. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI.	APELLIDOS Y NOMBRES	
ENCUESTADOR(A):	/ / / / / /		
JEFE(A) DE BRIGADA:	/ / / / / /		
COORDINADOR(A) DEPARTAMENTAL:	/ / / / / /		
ANALISTA DE CONTROL DE CALIDAD OPERATIVO:	/ / / / / /		
SUPERVISOR(A) TÉCNICO(A):	/ / / / / /		

IV. RESUMEN DEL NÚMERO DE PERSONAS

18. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN CAP. 100		19. TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
--	--	---	--

OBSERVACIONES:	

INFORMANTE N°

100. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

JEFA(E) DE HOGAR, CÓNYUGE Y/O INFORMANTE CALIFICADO

101. Nº DE ORD.	102. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y DE LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ? (NO OLVIDE REGISTRAR A LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS)	103. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL(LA) JEFA O JEFE DEL HOGAR? Jefa(e).....1 Esposa(o) / cónyuge.....2 Hija(o) / hijastra(o).....3 Nuera / yerno4 Nieta(o).....5 Padres / suegros.....6 Otro pariente.....7 Trabajadora del hogar ..8 Pensionista9 Otro no pariente.....10	104. ¿ES MIEMBRO DEL HOGAR? Concluya la entrevista para esta persona	105. SEXO	106. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?	107. ¿TIENE DNI?	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD	PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS DE EDAD					
									Si tiene DNI..... 1 No tiene DNI, pero está inscrito en el RENIEC 2 No está inscrito en el RENIEC 3 NO SABE 4	108. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL? Conviviente..... 1 Casada(o)..... 2 Viuda(o)..... 3 Divorciada(o)..... 4 Separada(o) 5 Soltera(o)..... 6	109. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO NIVEL Y GRADO O AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ? Sin nivel..... 1 Educación inicial 2 Educación primaria 3 Educación secundaria..... 4 Educación básica especial..... 5 Superior no universitaria 6 Superior universitaria 7 Maestría / doctorado 8		
NOMBRE	APELLIDOS	CÓDIGO	SÍ	NO	H	M	AÑOS	MESES	CÓDIGO	CÓDIGO	Nivel	Grado	Año
1		1	1	2	1	2							
2			1	2	1	2							
3			1	2	1	2							
4			1	2	1	2							
5			1	2	1	2							
6			1	2	1	2							
7			1	2	1	2							
8			1	2	1	2							
9			1	2	1	2							
10			1	2	1	2							
11			1	2	1	2							
12			1	2	1	2							

OBSERVACIONES

INFORMANTE N°

200. CLASIFICACIÓN DE LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS (Para todas las personas)

ENCUESTADOR(A), LEA AL INFORMANTE LA SIGUIENTE INDICACIÓN:

Sr.(a) a continuación le haré algunas preguntas para saber si en su hogar vive alguna persona con **DISCAPACIDAD**, que se refiere a aquellas personas que tienen alguna limitación o dificultad física, mental, intelectual o de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato, gusto) **DE FORMA PERMANENTE**, que le impida participar en la sociedad como cualquier otra persona.

JEFA(E) DE HOGAR, CÓNYUGE Y/O INFORMANTE CALIFICADO

201. Nº DE ORD.	202. TRANSCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA REGISTRADA EN LA PREGUNTA 102, CON CÓDIGO 1 EN LA PREGUNTA 104	EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS...							210. PERSONA CON ALGUNA LIMITA- CIÓN	
		203. (Mencione el nombre) ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA MOVERSE O CAMINAR, PARA USAR BRAZOS O PIERNAS?	204. (Mencione el nombre) ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA VER, AÚN USANDO ANTEOJOS?	205. (Mencione el nombre) ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA HABLAR O COMUNICARSE, AÚN USANDO EL LENGUAJE DE SEÑAS U OTRO?	206. (Mencione el nombre) ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA OÍR, AÚN USANDO AUDÍFONOS?	207. (Mencione el nombre) ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)?	208. (Mencione el nombre) ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA RELACIONARSE CON LOS DEMÁS, POR SUS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCIONES O CONDUCTAS?	209. (Mencione el nombre) ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE LIMITE DE FORMA PERMANENTE, SUS ACTIVIDADES DIARIAS?		
		Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2	Sí 1 No 2			
		NOMBRE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	COD.	Especifique	CÓDIGO
1										1
2										1
3										1
4										1
5										1
6										1
7										1
8										1
9										1
10										1
11										1
12										1

OBSERVACIONES

Encuestador(a):

Si registró el código 1 para alguna de las preguntas de la 203 a la 209, encierre en un círculo el código 1 en la columna 210, para la persona que corresponda.

300. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

POR OBSERVACIÓN

DATOS DE LA VIVIENDA

301. TIPO DE VIVIENDA:
(Circule sólo un código)

- | | |
|---|---|
| Casa independiente..... | 1 |
| Departamento en edificio..... | 2 |
| Vivienda en quinta | 3 |
| Vivienda en casa de vecindad (callejón, solar o corralón) | 4 |
| Choza o cabaña | 5 |
| Vivienda improvisada | 6 |
| Local no destinado para habitación humana..... | 7 |
| Otro _____ | 8 |
- (Especifique)

302. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- | | |
|--|---|
| ¿Ladrillo o bloque de cemento?..... | 1 |
| ¿Piedra o sillar con cal o cemento?..... | 2 |
| ¿Adobe o tapia? | 3 |
| ¿Quinchas (caña con barro)?..... | 4 |
| ¿Piedra con barro?..... | 5 |
| ¿Madera (pona, tornillo, etc.)? | 6 |
| ¿Estera? | 7 |
| ¿Otro material? _____ | 8 |
- (Especifique)

303. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- | | |
|--|---|
| ¿Parquet o madera pulida?..... | 1 |
| ¿Láminas asfálticas, vinílicas o similares?..... | 2 |
| ¿Losetas, terrazos o similares? | 3 |
| ¿Madera (entablados)? | 4 |
| ¿Cemento? | 5 |
| ¿Tierra? | 6 |
| ¿Otro material? _____ | 7 |
- (Especifique)

304. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- | | |
|--|---|
| ¿Concreto armado?..... | 1 |
| ¿Madera? | 2 |
| ¿Tejas? | 3 |
| ¿Planchas de calamina, fibra de cemento o similares? | 4 |
| ¿Caña o estera con torta de barro? | 5 |
| ¿Estera? | 6 |
| ¿Paja, hojas de palmera, etc.? | 7 |
| ¿Otro material? _____ | 8 |
- (Especifique)

305. SIN CONTAR BAÑO, COCINA, PASADIZOS NI GARAJE,
¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE LA VIVIENDA?

Anote la respuesta
en el recuadro

→

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

306. LA VIVIENDA QUE OCUPA SU HOGAR ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- | | |
|---|---|
| ¿Alquilada?..... | 1 |
| ¿Propia, totalmente pagada? | 2 |
| ¿Propia, por invasión? | 3 |
| ¿Propia, comprándola a plazos? | 4 |
| ¿Cedida por el centro de trabajo? | 5 |
| ¿Cedida por otro hogar o institución? | 6 |
| ¿Otra? _____ | 7 |
- (Especifique)

307. ¿CUÁNTAS HABITACIONES USA SU HOGAR EXCLUSIVAMENTE
PARA DORMIR?

Nº de habitaciones

308. ¿UTILIZA ALGUNA HABITACIÓN, AMBIENTE O ESPACIO DEL
HOGAR CON FINES DE TRABAJO (Para confeccionar, fabricar o
preparar algo para vender)?

Sí 1 → No 2
¿Cuántos?

309. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU HOGAR PROcede DE:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- | | |
|---|---|
| ¿Red pública, dentro de la vivienda (agua potable)? | 1 |
| ¿Red pública, fuera de la vivienda pero dentro del edificio (agua potable)? | 2 |
| ¿Pilón de uso público? | 3 |
| ¿Camiñón-cisterna u otro similar? | 4 |
| ¿Pozo? | 5 |
| ¿Río, acequia, manantial o similar? | 6 |
| ¿Otra forma? _____ | 7 |
- (Especifique)

310. EL SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR ESTÁ CONECTADO
A:

- (Lea cada alternativa y circule sólo un código)
- | | |
|--|---|
| ¿Red pública de desagüe, dentro de la vivienda? | 1 |
| ¿Red pública de desagüe, fuera de la vivienda pero dentro del
edificio? | 2 |
| ¿Pozo séptico? | 3 |
| ¿Pozo ciego o negro/letrina? | 4 |
| ¿Río, acequia o canal? | 5 |
| ¿Otra forma? _____ | 6 |
- (Especifique)

NO TIENE 7

311. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO CON QUE CUENTA SU HOGAR:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- | | |
|------------------------------------|---|
| Electricidad?..... | 1 |
| Kerosene (mechero/lamparín)? | 2 |
| Petróleo/gas (lámpara)? | 3 |
| Vela? | 4 |
| Generador? | 5 |
| Otro? _____ | 6 |
- (Especifique)

NO UTILIZA 7

312. ¿CUÁL ES EL COMBUSTIBLE QUE MÁS UTILIZA EN EL HOGAR
PARA COCINAR LOS ALIMENTOS:

- (Lea cada alternativa y circule sólo un código)
- | | |
|--------------------------|---|
| Electricidad?..... | 1 |
| Gas (Balón)? | 2 |
| Gas natural? | 3 |
| Kerosene? | 4 |
| Carbón? | 5 |
| Leña? | 6 |
| Bosta / estiércol? | 7 |
| Yareta? | 8 |
| Otro? _____ | 9 |
- (Especifique)

NO COCINA 10

¿Tiene chimenea
en el lugar donde
está ubicada la
cocina?

Sí 1 No 2

313. SU HOGAR TIENE:

(Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)

Equipos

- | | |
|-------------------------------------|----|
| ¿Equipo de sonido? | 1 |
| ¿Televisor a color? | 2 |
| ¿DVD o blu-ray? | 3 |
| ¿Plancha? | 4 |
| ¿Licuadora? | 5 |
| ¿Refrigeradora o congeladora? | 6 |
| ¿Lavadora? | 7 |
| ¿Cocina a gas? | 8 |
| ¿Horno microondas? | 9 |
| ¿Computadora? | 10 |
- NO TIENE 11

Servicios

- | | |
|---|----|
| ¿Teléfono fijo? | 12 |
| ¿Teléfono celular? | 13 |
| ¿Conexión a internet? | 14 |
| ¿Conexión a TV cable / satelital? | 15 |
| NO TIENE | 16 |