

DIRIGIDA A USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA

Hospitales, Clínicas, Centros Médicos, Establecimientos
MINSA, EsSalud, Privados y FF.AA. – PNP

ENSUAUS.01

Nº Cuestionario

I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

5. COORDENADAS DEL PUNTO GPS

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| S | | | | | | | |
| W | | | | | | | |
| Nº Punto | | | | | | | |
| Cód. Patrimonial | | | | | | | |

II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud

| |
|--|
| |
|--|

2. Código del Establecimiento de Salud

| | | |
|--|---------------|--|
| | Código EE.SS. | |
|--|---------------|--|

3. Institución

| | | | |
|-------------------|---------------|---------------------|-----------------|
| MINSA – GR..... 1 | ESSALUD.....2 | FF.AA. y PNP..... 3 | CLÍNICAS..... 4 |
|-------------------|---------------|---------------------|-----------------|

4. Consultorio

| | | | |
|-----------------|----------------|--------------------------|-------------------------|
| Medicina..... 1 | Cirugía..... 2 | Gineco/obstetricia.....3 | Subespecialidades.....4 |
|-----------------|----------------|--------------------------|-------------------------|

5. Turno:

| | | |
|--------------|-------------|-------------|
| Mañana.....1 | Tarde.....2 | Noche.....3 |
|--------------|-------------|-------------|

III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

| Visita Nº | EVALUADOR/A TÉCNICO/A | | | | | SUPERVISOR/A | | | | |
|-----------|-----------------------|------|---|----------------|------|----------------------------|-------|------|---|----------------------------|
| | Fecha | Hora | | Próxima Visita | | Resultado de la Visita (*) | Fecha | Hora | | Resultado de la Visita (*) |
| | | De | A | Fecha | Hora | | | De | A | |
| 1 | / | | | | | / | | | | |
| 2 | / | | | | | / | | | | |
| 3 | / | | | | | / | | | | |
| 4 | / | | | | | / | | | | |
| 5 | / | | | | | / | | | | |
| 6 | / | | | | | / | | | | |

RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

| | |
|-----------|-----|
| FECHA | / / |
| RESULTADO | |

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

| | | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------------------------|--|
| 1. COMPLETO | 2. INCOMPLETO | 3. RECHAZO ROTUNDO | 4. RECHAZO POR FALTA DE TIEMPO | 5. OTROS <small>(Especificar)</small> |
|-------------|---------------|--------------------|--------------------------------|--|

OBSERVACIÓN:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

LUGAR DE ENTREVISTA

| |
|--------------------------------------|
| Puerta de salida dentro del EESS...1 |
| Área de farmacia.....2 |
| Área de laboratorio.....3 |
| Área de Rayos X / Ecografía.....4 |
| Otros..... 5 |
| <small>(Especificar)</small> |

POR OBSERVACIÓN DIRECTA

| | |
|--|---|
| Sexo Hombre.....1 Mujer.....2 | Rango de edades De 15 a 24 años.....1 De 25 a 44 años.....2 De 45 a 64 años.....3 De 65 años a más.....4 |
|--|---|

IV. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

| Cargo | DNI | Nombres y Apellidos |
|-----------------------------|-----|---------------------|
| EVALUADOR/A TÉCNICO/A | | |
| SUPERVISOR/A LOCAL | | |
| COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL | | |
| SUPERVISOR/A NACIONAL | | |

SOLO ENTREVISTAR A PACIENTES QUE SALGAN DE LA CONSULTA EXTERNA Y QUE HAYAN SIDO ATENDIDOS POR UN MÉDICO

PRESENTACIÓN:

Buenos días / tardes, mi nombre es....., y trabajo para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), órgano rector del Sistema Estadístico Nacional. En esta ocasión, por encargo de la Superintendencia Nacional de Salud, estamos realizando entrevistas a usuarios de los servicios de salud, para medir su percepción del Aseguramiento Universal de Salud. Agradecería, me permita conversar con usted, para hacerle algunas preguntas al respecto. Sus opiniones nos permitirán sugerir mejoras al sistema para en el futuro brindar una mejor atención a los afiliados. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. ¿Me permite entrevistarle/a?

V. MOTIVO DE LA ATENCIÓN ACTUAL

1. ¿EL PROBLEMA DE SALUD O MOLESTIA POR LA CUAL SE ATENDIÓ HOY, ES:

Una enfermedad o síntoma de reciente aparición (menor de 15 días)?..... 1
 Una enfermedad antigua (de 15 días a más)?..... 2
 Otro?..... 3 → **PASE A 3**

(Especifique)

2. ¿POR ÉSTA ENFERMEDAD O DOLENCIA UD. VIENE POR:

Paciente referido?.....1
 Primera vez?.....2
 Control de consulta anterior?.....3

3. UD. VINO:

Solo?.....1 → **PASE A 4**
 Acompañado?.....2

¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO QUE TIENE CON SU ACOMPAÑANTE?

Padre.....1
 Madre.....2
 Otro familiar.....3
 Otro.....4

(Especifique)

4. ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, DESDE QUE INGRESÓ HASTA QUE SALIÓ DEL CONSULTORIO MÉDICO?

Anote la respuesta en el recuadro →
 (En minutos)
 NO SABE / NO RECUERDA.....1

5. EL TIEMPO QUE DURÓ LA ATENCIÓN MÉDICA, ¿LE PARECIÓ ADECUADO?

Sí.....1
 No.....2

6. EN ESTA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA, ¿LE HAN INDICADO: (Acepte una o más alternativas)

Consulta médica?.....1
 Medicamentos?.....2
 Análisis laboratorio?.....3
 Rayos X / Ecografía?.....4
 Procedimientos especiales (endoscopia, electrocardiograma, tomografía)?.....5
 Otro?.....6

(Especifique)

7. RESPECTO A LA RECETA BRINDADA, ¿EL MÉDICO LE INDICÓ QUE LOS MEDICAMENTOS LOS ADQUIRIERA FUERA DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN FORMA:

Total?.....1
 Parcial?.....2
 NO LE INDICO.....3
 NO APLICA (No hubo receta).....4 → **PASE A 11**

8. EN LA FARMACIA DE ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿LE ENTREGARON LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON:

Todos?..... 1
 La mayoría?..... 2
 Algunos?..... 3
 NINGUNO.....4
 NO HIZO TRAMITE.....5

9. EN LA FARMACIA DE ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿LE INDICARON QUE COMPRE ALGÚN MEDICAMENTO EN OTRO ESTABLECIMIENTO?

Sí.....1
 No.....2 } **PASE A 11**
 NO APLICA.....3

10. EL LUGAR DÓNDE LE INDICARON QUE TIENE QUE COMPRAR MEDICAMENTOS, ¿ES:

En la farmacia de un establecimiento público?.....1
 En un establecimiento privado (Farmacia, botica)?.....2
 Otro.....3

(Especifique)

EVALUADOR TÉCNICO:
 Solo preguntar por aquellos servicios que recibió o ha sido atendido.

11. USTED, ¿PAGÓ DE SU BOLSILLO POR:

| | | MOSTRAR TARJETA N° 1 | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------|------|----------------|
| | | Todo | Una parte | Nada | No corresponde |
| 1 | Consulta médica? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Medicamentos? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Análisis laboratorio? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Rayos X – Ecografía? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Procedimientos especiales (endoscopia, tomografía, electrocardiograma)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | Otro?.....(Especifique) | 3 | 2 | 1 | 0 |

12. ANTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA, ¿UD. HA TENIDO EL DÍA DE HOY CONTACTO CON ALGUNA PERSONA DE: (Acepte una o más alternativas)

Portería, seguridad?..... 1
 Recepción, admisión?..... 2
 Informes?.....3
 Caja?.....4
 Otro personal administrativo?.....5
 NINGUNO.....6 → **PASE A 14**

(Especifique)

13. ¿CÓMO CALIFICARÍA UD. LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO, EN CUANTO A:

| | | MOSTRAR TARJETA N° 2 | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|----|-------|--|
| | | MB | B | N | M | MM | NS/NR | |
| 1 | Amabilidad y cortesía? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 2 | Respeto? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 3 | Interés / disposición por atender? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 4 | Confianza y seguridad que le inspira? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 5 | Vestuario (Uniforme)? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| 6 | Claridad de la información? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |

14. ANTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA, ¿UD. HA SIDO ATENDIDO O TENIDO CONTACTO CON ALGÚN(A):

(Acepte una o más alternativas)

Enfermero/a? 1

Técnico/a en enfermería? 2

Técnico/a de laboratorio? 3

Farmacéutico/a o técnico/a de farmacia? 4

Otro personal asistencial? 5

(Especifique)

NINGUNO 6 → PASE A 16

15. ¿CÓMO CALIFICARÍA UD. LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL NO MÉDICO, EN CUANTO A:

MOSTRAR TARJETA Nº 2

| | MB | B | N | M | MM | NS/NR |
|---|----|---|---|---|----|-------|
| 1 Amabilidad y cortesía? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 Respeto? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 Interés / disposición por atender? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 Confianza y seguridad que le inspira? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 Vestuario (Uniforme)? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 Claridad de la información? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

16. ¿CÓMO CALIFICARÍA UD. LA ATENCIÓN RECIBIDA EL DÍA DE HOY DEL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A:

MOSTRAR TARJETA Nº 2

| | MB | B | N | M | MM | NS/NR |
|---|----|---|---|---|----|-------|
| 1 Amabilidad y cortesía? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 Respeto? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 Interés / disposición por atender? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 Confianza y seguridad que le inspira? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 Vestuario (Uniforme)? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 Claridad de la información? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

17. ¿SABE UD. CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO QUE LE DIÓ EL MÉDICO QUE LE ATENDIÓ?

Sí 1

No 2

No le dio ningún diagnóstico 3

No hubo diagnóstico (control, resultados de análisis, etc.) ... 4

18. ¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ A UD. SOBRE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD QUE SUFRE?

Sí 1

No 2 → PASE A 20

19. ¿UD. ENTENDIÓ LO QUE EL MÉDICO LE EXPLICÓ SOBRE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD QUE PADECE?

Sí 1

No 2

NO SABE / NO RESPONDE 3

20. ¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ A UD. CON PALABRAS SENCILLAS SOBRE:

| | SI | NO | NS/NR |
|---|----|----|-------|
| 1 El tratamiento que recibirá? | 1 | 2 | 3 |
| 2 El tipo de medicamento? | 1 | 2 | 3 |
| 3 La forma de administración? | 1 | 2 | 3 |
| 4 La dosis de los mismos? | 1 | 2 | 3 |
| 5 Los efectos adversos del medicamento? | 1 | 2 | 3 |

21. EN LA CONSULTA RECIBIDA, ¿LE HAN INDICADO QUE:

No requiere más atenciones? 1

Requiere atenciones adicionales en este mismo establecimiento? 2

Requiere transferencia a un establecimiento de mayor complejidad del MINSAL / ESSALUD? 3

Requiere atención en un establecimiento particular? 4

NO LE DIERON NINGUNA INDICACIÓN 5

22. EN LA ATENCIÓN RECIBIDA, ¿LE HAN INDICADO QUE TIENE QUE HACERSE EXÁMENES DE LABORATORIO EN OTRO ESTABLECIMIENTO?

Sí 1

No 2

NO APLICA 3

PASE A 24

23. ¿EL LUGAR DÓNDE LE INDICARON QUE TIENE QUE HACERSE EXÁMENES DE LABORATORIO ES:

En un establecimiento público de mayor complejidad? 1

En un establecimiento privado (clínica, policlínico, laboratorio o consultorio particular)? 2

Otro? 3

(Especifique)

24. EN LA ATENCIÓN RECIBIDA, ¿LE HAN INDICADO QUE TIENE QUE HACERSE EXÁMENES DE IMÁGENES (RADIOGRAFÍAS, ECOGRAFÍAS, ETC.), EN OTRO ESTABLECIMIENTO?

Sí 1

No 2

NO APLICA 3

PASE A 26

25. ¿EL LUGAR DÓNDE LE INDICARON QUE TIENE QUE HACERSE EXÁMENES DE IMÁGENES ES:

En un establecimiento público de mayor complejidad? 1

En un establecimiento privado (clínica, policlínico, laboratorio o consultorio particular)? 2

Otro? 3

(Especifique)

VI. SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO

26. ¿CÓMO CALIFICARÍA UD. A ESTE ESTABLECIMIENTO EN CUANTO A LA:

MOSTRAR TARJETA Nº 2

| | MB | B | N | M | MM | NS/NR |
|---|----|---|---|---|----|-------|
| 1 <i>Ubicación – localización?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2 <i>Comodidad de los ambientes?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 <i>Accesibilidad a los ambientes?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 <i>Asientos o área de espera?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 <i>Señalización de ambientes?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 <i>Limpieza – higiene?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7 <i>Privacidad de la atención?</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

27. RESPECTO AL SERVICIO RECIBIDO EL DÍA DE HOY EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿COMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN?

MOSTRAR TARJETA Nº 3

- Muy satisfecho/a 1
- Satisfecho/a 2
- Ni satisfecho/a / ni insatisfecho/a 3
- Insatisfecho/a 4
- Muy insatisfecho/a 5

28. CONSIDERA UD. QUE EN GENERAL EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿LOS MÉDICOS CUMPLEN CON SU HORARIO DE TRABAJO:

- Siempre? 1
- Casi siempre? 2
- Casi nunca? 3
- Nunca? 4
- NO SABE / NO RESPONDE 5

29. DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿PRINCIPALMENTE DEBE MEJORAR EN:

- Farmacia? 1
- Citas o admisión? 2
- Imágenes (Rayos X – Ecografía, etc.)? 3
- Laboratorio? 4
- Consultorio médico? 5
- Caja? 6
- Oficina de seguros SIS (MINSА)? 7
- Otro? 8
- (Especifique)
- NO SABE / NO RESPONDE 9

30. BASADO EN SU ATENCIÓN ACTUAL, ¿PRINCIPALMENTE QUE LE RECOMENDARÍA AL DIRECTOR DE ESTE ESTABLECIMIENTO?

MOSTRAR TARJETA Nº 4

- Que mejore el trato del personal de salud en la atención..... 1*
- Que mejore el trato del personal administrativo en la atención..... 2*
- Que no haya mucho trámite administrativo. 3*
- Que mejoren el área de espera. 4*
- Que existan más médicos especialistas 5*
- Que las farmacias tengan o dispongan de medicamentos..... 6*
- Otro 7
- (Especifique)

31. SI ALGÚN FAMILIAR O AMIGO PRESENTARA UNA ENFERMEDAD O DOLENCIA, ¿LE RECOMENDARÍA ATENDERSE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

- Sin lugar a dudas? 1*
- Tal vez? 2*
- Lo pensaría dos veces? 3*
- De ninguna manera? 4*

VII. SEGUROS DE SALUD

32. ¿TIENE O ESTÁ AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD?

Sí 1

No 2 → PASE A 36

33. ¿QUÉ SEGUROS DE SALUD TIENE UD.?

(Acepte una o más alternativas)

- Seguro Integral de Salud (SIS) 1
- EsSalud – Seguro Social (ex-IPSS) 2
- Seguro de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) 3
- Seguro de Salud de Aseguradoras privadas 4
- Seguro de salud de las Clínicas 5
- Seguro de salud Universitario 6
- Sanidad de las Fuerzas armadas y policiales 7
- Otro 8
- (Especifique)

SI CIRCULÓ UNA SOLA ALTERNATIVA PASE A 35

EVALUADOR TÉCNICO: Sólo preguntar por aquellos que tienen más de un seguro, de lo contrario pase a la pregunta 36.

34. SI TIENE MÁS DE UN SEGURO, ¿CUÁL UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA?

- Seguro Integral de Salud (SIS) 1
- EsSalud – Seguro Social (ex-IPSS) 2
- Seguro de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) 3
- Seguro de Salud de Aseguradoras privadas 4
- Seguro de salud de las Clínicas 5
- Seguro de salud Universitario 6
- Sanidad de las Fuerzas armadas y policiales 7
- Otro 8
- (Especifique)
- NUNCA LO HA UTILIZADO 9 → PASE A 36

EVALUADOR TÉCNICO: Solo preguntar por el seguro que utiliza con mayor frecuencia mencionado en la pregunta 33 o 34.

35. EN CUÁNTO A LOS SERVICIOS QUE LE BRINDA SU SEGURO DE....., ¿COMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN?

MOSTRAR TARJETA Nº 3

- Muy satisfecho/a 1
- Satisfecho/a 2
- Ni satisfecho/a / ni insatisfecho/a 3
- Insatisfecho/a 4
- Muy insatisfecho/a 5

36. LA CONSULTA MÉDICA, ¿HA SIDO PAGADA O CUBIERTA POR:

- Seguro Integral de Salud (SIS)? 1
- EsSalud – Seguro Social (ex-IPSS)? 2
- Seguro de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) 3
- Seguro de Salud de Aseguradoras privadas? 4
- Seguro de salud de las Clínicas? 5
- Seguro de salud universitario? 6
- Sanidad de las Fuerzas armadas y policiales? 7
- Usted lo pagó totalmente de su bolsillo? 8
- Otro? 9

(Especifique)

VIII. ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

37. ¿CÓMO OBTUVO LA CITA PARA ESTA CONSULTA MÉDICA?

- Por teléfono 1
- Por internet 2
- Se la dieron en la consulta anterior 3
- Tuvo que acercarse al establecimiento para obtenerla 4
- Otro 5

(Especifique)

NO REQUIERE CITA, ATIENDEN POR ORDEN DE LLEGADA 6 →

PASE A 41

40. ¿DESPUÉS DE CUÁNTOS DÍAS QUE UD. SOLICITÓ LA CITA, SE LA DIERON?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº de días)

41. ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ EN LLEGAR DESDE SU VIVIENDA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

Anote la respuesta en el recuadro

(En minutos)

42. DESDE QUE INGRESÓ AL ESTABLECIMIENTO, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ PARA QUE LO ATENDIERAN EN LA CONSULTA?

Anote la respuesta en el recuadro

(En minutos)

38. ¿CUÁNTAS VECES TUVO QUE INSISTIR PARA QUE LE DIERAN LA CITA?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº veces)

NO SABE / NO RECUERDA 1 →

PASE A 41

39. ¿LA CITA PARA ESTA ATENCIÓN DE SALUD SE LA DIERON PARA EL MISMO DÍA QUE UD. SOLICITÓ?

- Sí 1 →
- No 2

PASE A 41

43. EL TIEMPO QUE ESPERÓ UD. DESDE QUE LLEGÓ AL ESTABLECIMIENTO HASTA QUE LO ATENDIERON, ¿LE PARECIÓ:

- Adecuado? 1
- Largo? 2
- Muy largo? 3

IX. RECLAMOS

44. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿UD. HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON SU ATENCIÓN DE SALUD EN ESTE ESTABLECIMIENTO?

- Sí 1
- NO / NO APLICA 2 →

PASE A 48

46. CON RESPECTO AL PROBLEMA QUE TUVO, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN RECLAMO?

- Sí 1
- No 2 →

PASE A 48

45. ¿QUÉ PROBLEMA TUVO? (Acepte una o más alternativas)

- Maltrato en la atención 1
- El seguro no cubre todas las especialidades 2
- Falta de medicamentos 3
- Incumplimiento en la programación de citas, cirugías u otros 4
- Demora en la atención 5
- Médico o personal no acudió a su turno 6
- Problemas para su atención como asegurado 7
- Le realizaron algún cobro no advertido 8
- No se respetó mi privacidad 9
- Otro 10

(Especifique)

47. ¿CREE UD. QUE LE SOLUCIONARON EL PROBLEMA QUE MOTIVÓ SU RECLAMO:

- Totalmente? 1
- Parcialmente? 2
- En nada? 3

48. DE PRESENTARSE ACTUALMENTE ALGÚN PROBLEMA EN LA ATENCIÓN, ¿DÓNDE PRESENTARÍA SU RECLAMO O QUEJA?

- En la dirección del establecimiento de salud 1
- En la defensoría del asegurado 2
- En la defensoría de la salud 3
- En INDECOPI 4
- En la defensoría del pueblo 5
- En SUNASA 6
- En las oficinas del seguro 7
- En la Sede Central del SIS / UDR SIS 8

Otro 9

(Especifique)

NO SABE / NO RESPONDE 10

XII. CARACTERIZACIÓN DEL ENTREVISTADO

55. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS Y CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?

| | | | |
|-------------|------------|------------|------------|
| | | | |
| Edad | Día | Mes | Año |

56. SEXO

Hombre1
Mujer.....2

57. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO VIVE UD.?

Departamento _____

Provincia _____

Distrito _____

58. ¿CUÁL ES EL NIVEL EDUCATIVO QUE APROBÓ?

Sin nivel1
Inicial.....2
Primaria incompleta3
Primaria completa4
Secundaria incompleta5
Secundaria completa6
Superior no universitaria incompleta7
Superior no universitaria completa8
Superior universitaria incompleta9
Superior universitaria completa10
Postgrado11

59. ¿CUÁL ES EL IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICAN EN EL HOGAR?

Español..... 1

Quechua..... 2

Otro _____ 3

(Especifique)

60. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN PERMANENTEMENTE EN SU HOGAR?

Anote la respuesta en el recuadro

(N° personas)

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

Anote la respuesta en el recuadro

(N° habitaciones)

62. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SE USAN PARA DORMIR?

Anote la respuesta en el recuadro

(N° habitaciones)

XIII. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SOCIO ECONÓMICAS

63. ACTUALMENTE, ¿EL TIPO DE VIVIENDA QUE OCUPA ES:

Casa independiente?1
Departamento en edificio?2
Vivienda en quinta?3
Vivienda en casa de vecindad (callejón o solar)?4
Chocha o cabaña?5
Vivienda improvisada?6
Local no destinado para habitación humana?7

Otro? _____ 8

(Especifique)

65. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES:

¿Concreto armado? 1

¿Madera?..... 2

¿Tejas? 3

¿Planchas de calamina, fibra de cemento o similares? 4

¿Caña o estera con torta de barro? 5

¿Esteras?..... 6

¿Paja, hojas de palmera, etc.? 7

Otro? _____ 8

(Especifique)

64. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES:

¿Ladrillo o bloque de cemento?1

¿Piedra o sillar con cal o cemento?2

¿Adobe?3

¿Tapia?.....4

¿Quincha (caña con barro)?5

¿Piedra con barro?6

¿Madera?.....7

¿Esteras?8

Otro? _____ 9

(Especifique)

66. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES:

¿Parquet o madera pulida? 1

¿Láminas asfálticas, vinílicos o similares? 2

¿Losetas, terrazos o similares? 3

¿Madera (entablados)?..... 4

¿Cemento? 5

¿Tierra?..... 6

Otro? _____ 7

(Especifique)

**67. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO QUE TIENE SU HOGAR:
(Acepte una o más alternativas)**

- Electricidad?1
- Kerosene (mechero/lámpara)?2
- Petróleo / gas (lámpara)?3
- Vela?4
- Generador?5
- Otro? _____ 6
(Especifique)
- NO UTILIZA7

68. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU HOGAR PROCEDE DE:

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

69. EL BAÑO O SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR ESTÁ CONECTADO A:

- ¿Red pública de desagüe dentro de la vivienda?1
- ¿Red pública de desagüe fuera de la vivienda pero dentro del edificio?2
- ¿Letrina?3
- ¿Pozo séptico?4
- ¿Pozo ciego o negro?5
- ¿Río, acequia o canal?6
- ¿Otro? _____ 7
(Especifique)
- NO TIENE8

**70. ¿SU HOGAR TIENE:
(Acepte una o más alternativas)**

- Equipo de sonido?1
- Tv a color?2
- Dvd?3
- Licuadora?4
- Refrigeradora/congeladora?5
- Cocina a gas?6
- Teléfono fijo?7
- Plancha eléctrica?8
- Lavadora?9
- Computadora?10
- Horno microondas?11
- Internet?12
- Tv. Cable (Movistar TV, Claro TV, DirecTV y otro)?13
- Celular con servicio de Internet?14
- Celular sin servicio de Internet?15
- NO TIENE NINGUNO16

71. LA SEMANA PASADA DEL ____ AL ____, EL JEFE DE HOGAR SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

- ¿Empleador/a o patrono/a?1
- ¿Trabajador/a independiente?2
- ¿Empleado/a?3
- ¿Obrero/a?4
- ¿Trabajador/a Familiar No Remunerado/a5
- ¿Trabajador/a del hogar?6
- ¿Otro? _____ 7
(Especifique)
- NO TRABAJÓ8

72. APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTO ES EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL?

Anote la respuesta en el recuadro →

(En enteros)

NO SABE / NO RECUERDA1

73. ¿CUÁL ES EL NIVEL EDUCATIVO APROBADO DEL JEFE DE HOGAR?

- Sin nivel1
- Inicial2
- Primaria incompleta3
- Primaria completa4
- Secundaria incompleta5
- Secundaria completa6
- Superior no universitaria incompleta7
- Superior no universitaria completa8
- Superior universitaria incompleta9
- Superior universitaria completa10
- Postgrado11
- NO SABE / NO RECUERDA12

74. ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL JEFE DE HOGAR?

Anote la respuesta en el recuadro →

(Nº Personas)

(Si no hay dependientes anote "0")

75. EN SU HOGAR, ¿HAY NIÑOS/AS DE 6 A 12 AÑOS?

Sí1

No2 →

CONCLUYA LA ENTREVISTA

76. ACTUALMENTE, ¿ALGUNOS DE ESTOS NIÑOS/AS NO ASISTEN AL COLEGIO?

Sí1

No2