

## 400. SALUD (Para todas las personas)

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

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

DÍA	MES	AÑO

**401C. ¿TIENE DNI?**

Sí ..... 1 → **PASE A 401F**

No ..... 2

NO SABE ..... 3 → **PASE A 401F**

**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)

**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)

**401F. HACE 5 AÑOS, ..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO?**

Sí ..... 1 → **PASE A 401H**

No ..... 2

Aún no había nacido ..... 3 → **PASE A 401H**

**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.*

**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 el lenguaje 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

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

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

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

Recaída de enfermedad crónica? ..... 3

Accidente? ..... 4

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

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

Puesto de salud MINSA ..... 1

Centro de salud MINSA ..... 2

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

Posta, policlínico ESSALUD ..... 4

Hospital MINSA ..... 5

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

Hospital de las FF.AA. y/o

Policía Nacional ..... 7

Consultorio médico particular ..... 8

Clínica particular ..... 9

Farmacia o botica ..... 10

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

Otro ..... 13

(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN ..... 14

**PASE A 409**

OBSERVACIONES

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

Médico ..... 1  
Dentista/odontólogo ..... 2  
Obstetrix ..... 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 pregunta 413B.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407F.

407F. DESDE QUE SOLICITÓ LA CITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A DONDE ACUDIÓ, ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, HASTA LA FECHA QUE FUE PROGRAMADA SU ATENCIÓN?

N° Meses	N° Días	N° Horas	N° Minutos

407G. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIÓ?

N° Días	N° Horas	N° Minutos

407H. LA ÚLTIMA VEZ QUE ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO EN SU CONSULTA?

N° Horas	N° Minutos

**PASE  
A  
413B**

No lo atendieron ..... 1

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 corres- ponde	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)?

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 corres- ponde	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)?

#### OBSERVACIONES



## 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

### OBSERVACIONES