



ENCUESTA NACIONAL DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2018



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADO POR DECRETO SUPREMO N° 043-2001-PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO

ENAPRES.01A (URBANO)

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN	¿ES UNA VIVIENDA DE REEMPLAZO?	CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
			SÍ.....1 → Anote el número de selección de la vivienda reemplazada NO.....2		1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

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

UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°	
6. MANZANA N°	
7. AER N°	
8. VIVIENDA N°	

9. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

Tipo de vía: Avenida 1 Calle 2 Jirón 3 Pasaje 4 Carretera 5 Otro 6

Nombre de la Calle, Av., Jr., Carretera, etc.	N° DE PUERTA	BLOCK	INT.	PISO	MZ.	LOTE	KM.	TELÉFONO

10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA

11. HOGAR N°

INICIE LA ENTREVISTA CON EL JEFE/A DEL HOGAR	
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? →

12. NOMBRES Y APELLIDOS DEL JEFE/A DEL HOGAR

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 ENCUESTA

FECHA	RESULTADO

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO		
1. COMPLETA 1A. COMPLETA (vivienda transitoria)	3. RECHAZO 4. AUSENTE 5. VIVIENDA DESOCUPADA 6. NO SE INICIÓ LA ENTREVISTA	7. OTRO (Especifique) 8. VERIFICACIÓN DE LA MUESTRA 9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

15. FUNCIONARIOS/AS DE LA ENCUESTA

RESPONSABLE	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
ENCUESTADOR/A		
SUPERVISOR/A LOCAL		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL		
SUPERVISOR/A NACIONAL		
RECUPERACIÓN		

16. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN EL CAPÍTULO 200	16A. TOTAL DE NÚCLEOS FAMILIARES REGISTRADOS EN EL CAPÍTULO 200	NÚMERO DE PERSONAS QUE LES CORRESPONDE EL:					24. IDIOMA DE LA ENTREVISTA (Circule uno o más códigos)
		Para todas las edades	De 12 y más años de edad	De 14 y más años de edad			
		17. CAPÍTULO 300	18. CAPÍTULO 500	19. CAPÍTULO 600	23. CAPÍTULO 700	23A. CAPÍTULO 800	Castellano 1 Quechua..... 2 Otro 3 (Especifique)

100. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

PERSONA N°:

NOMBRE:

DATOS DE LA VIVIENDA (Jefe/a del hogar principal)

OBSERVACIÓN DIRECTA

101. TIPO DE VIVIENDA:

- 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 tipo.....8
 (Especifique)

102. EN LA VIVIENDA, ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES DE:

- Ladrillo o bloque de cemento.....1
 Piedra o sillar con cal o cemento.....2
 Adobe?.....3A
 Tapia?.....3B
 Quincha (caña con barro)?.....4
 Piedra con barro?.....5
 Madera (pona, tornillo, etc.)?.....6
 Triplay/calamina/estera?.....7A
 Otro material?.....8
 (Especifique)

103. EN LA VIVIENDA, ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES DE:

- Parquet o madera pulida?.....1
 Lâminas asfálticas, vinílicos o similares?.....2
 Losetas, terrazos, cerâmicos o similares?.....3
 Madera (pona, tornillo, etc.)?.....4
 Cemento?.....5
 Tierra?.....6
 Otro material?.....7
 (Especifique)

104. EN LA VIVIENDA, ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES DE:

- Concreto armado?.....1
 Madera?.....2
 Tejas?.....3
 Planchas de calamina, fibra de cemento o similares?.....4
 Caña o estera con torta de barro o cemento?.....5A
 Triplay/ estera/ carrizo?.....6A
 Paja, hojas de palmera y similares?.....7
 Otro material?.....8
 (Especifique)

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

Total de habitaciones

106. LA VIVIENDA QUE OCUPA ES:

- ¿Alquilada?.....1 → Pase a 109
 ¿Propia, totalmente pagada?.....2
 ¿Propia, por invasión?.....3
 ¿Propia, comprándola a plazos?.....4
 ¿Cedida por otro hogar?.....5
 ¿Cedida por el centro de trabajo?.....6
 ¿Cedida por otra institución?.....7
 ¿Otra?.....8
 (Especifique) Pase a 109

106A. ¿DESDE QUE AÑO VIVEN EN ESTA VIVIENDA?

- Hasta el 2004.....1
A PARTIR DEL AÑO:
 2005.....2 2012.....9
 2006.....3 2013.....10
 2007.....4 2014.....11
 2008.....5 2015.....12
 2009.....6 2016.....13
 2010.....7 2017.....14
 2011.....8 2018.....15

107. ¿LA VIVIENDA CUENTA CON ALGÚN DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PROPIEDAD?

- Sí.....1
 No.....2
 NO SABE.....3 Pase a 109

107A. ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO ACREDITA EL DERECHO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA?

- Título de Propiedad.....1
 Sentencia Judicial.....2
 Escritura Pública.....3
 Contrato de Compra-Venta.....4
 Minuta.....5
 Documento de Posesión.....6
 Otro.....7
 (Especifique)

107B. ¿QUÉ ENTIDAD O AUTORIDAD LE EMITIÓ EL/LA.....?

- COFOPRI.....1
 Municipalidad.....2
 Juez/a.....3
 Notaría.....4
 Otro.....5
 (Especifique)
 NINGUNO.....6

107C. ¿EL/LA..... ESTÁ A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR DE ESTA VIVIENDA?

- Sí.....1 No.....2

3

PERSONA N°:

NOMBRE:

SEGURIDAD CIUDADANA (Jefe/a del hogar principal)

112. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A....., ¿HAN SIDO VÍCTIMAS DE:	113. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE A ¿CUÁNTAS VECES FUERON VÍCTIMAS DE:		113A. DE ESTAS VECES ¿CUÁNTAS FUERON DENUNCIA- DAS?		113B. DE ESTAS¿CUÁNTAS FUERON DENUNCIADAS EN:				Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa		
	SÍ	NO	N° DE VECES	N° DE VECES	PNP	MP/F	OTRO	ESPECIFIQUE	117. ¿DENUNCIÓ EL:	118. ¿DÓNDE REALIZÓ LA DENUNCIA DEL:	CÓDIGO
1. Robo en la vivienda?	1	2							1	2	
2. Intento de robo en la vivienda?	1	2							1	2	

Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa

119. QUÉ SUCEDIÓ CON LA DENUNCIA DEL:	121. ¿CUÁL FUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE NO REALIZÓ LA DENUNCIA DEL:	115. ¿EL DELINCUENTE O AGRESOR/A PORTABA ALGÚN ARMA (CUCHILLO, PISTOLA, PIEDRAS, PALOS, ETC.)?	116. ¿QUÉ TIPO DE ARMA PORTABA? (Anote uno o más códigos)	121A. ¿EN QUÉ MES SUCEDIÓ EL :	121B. ¿EL/LA OCURRIÓ UN:		
						CÓDIGO	CÓDIGO
1. Robo en la vivienda?							
2. Intento de robo en la vivienda?							

MEDIDAS ADOPTADAS POR LA COMUNIDAD ORGANIZADA

122A. EN SU ZONA O BARRIO, ¿SE HA ADOPTADO ALGUNA MEDIDA DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LA DELINCUENCIA, COMO:

	122B. ¿DESDE QUÉ AÑO CUENTAN CON EL/LA:			122C. ¿ESTA MEDIDA LA TOMÓ O SE INSTALÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A?
	SÍ	NO	NO SABE	
1. Sistema de vigilancia a través de video cámaras?	1	2	3	1
2. Vigilante particular?	1	2	3	1
3. Sistema de alarma comunitaria?	1	2	3	1
4. Sistema de control de acceso a personas ajenas al lugar?	1	2	3	1
5. Junta vecinal con fines de velar por la seguridad?	1	2	3	1
6. Otra? _____ (Especifique)	1	2		1

Si el año registrado es igual o menor al 2016, pase a siguiente ítem

MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS EN LA VIVIENDA

Sr./Sra.: A continuación le haré algunas preguntas sobre las medidas de seguridad y las precauciones adoptadas para proteger su vivienda de la delincuencia.

122D. ACTUALMENTE, ¿HAN ADOPTADO ALGUNA MEDIDA DE SEGURIDAD PARA PREVENIR EL ROBO EN SU VIVIENDA COMO:

				122E. ¿DESDE QUÉ AÑO ADOPTÓ ESTA MEDIDA?	122F. ¿ESTA MEDIDA FUE ADOPTADA O SE INSTALÓ DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A?	
	SÍ	NO	NO SABE	AÑO	SÍ	NO
1. Evitar dejar la casa sola?	1	2	3		1	2
2. Colocar o adicionar cerrojos?	1	2	3		1	2
3. Colocar o adicionar cerraduras y/o candados?	1	2	3		1	2
4. Cambiar cerraduras y/o candados?	1	2	3		1	2
5. Tener perro guardián?	1	2	3		1	2
6. Poner puerta de rejas?	1	2	3		1	2
7. Instalar rejas en las ventanas?	1	2	3		1	2
8. Otro? _____ (Especifique)	1	2			1	2

Si el año registrado es igual o menor al 2016, pase a siguiente ítem

OBSERVACIONES:

DATOS DEL HOGAR (Jefe/a del hogar)

127. EL TIPO DE ALUMBRADO QUE USA SU HOGAR ES: (Circule uno o más códigos)

- ¿Electricidad?1
 ¿Petróleo / Gas (lámpara)?2
 ¿Vela?3
 ¿Generador?4
 ¿Panel solar?5
 ¿Otro?6

(Especifique)

128A. EN SU HOGAR, ¿LA ENERGÍA O COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR LOS ALIMENTOS ES: (Circule uno o más códigos)

- Electricidad?1
 Gas (balón GLP)?2
 Gas natural (sistema de tuberías)?3
 Carbón?4
 Leña?5
 Bosta, estiércol?6
 Otro (residuos agrícolas, etc.)?7
 (Especifique)
 NO COCINAN8

SANEAMIENTO BÁSICO

129A. EL AGUA QUE UTILIZAN EN EL HOGAR, ¿PROCEDE PRINCIPALMENTE DE:

- Red pública dentro de la vivienda? 1
 Red pública fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación? 2
 Pilón o pileta de uso público? 3

129B. ¿EL AGUA ES POTABLE?

- Sí1
 No2

- Camión-cisterna u otro similar? 4
 Pozo (agua subterránea)? 5
 Manantial o puquio? 6A
 Río, acequia, lago, laguna? 6B
 Otro? 7
 (Especifique)

Pase a 129D

130. ¿EL HOGAR TIENE EL SERVICIO DE AGUA TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA?

Sí1 → A) ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA?

No2 → B) ¿CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA TIENE AGUA?

↓
 C) ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA?

PERSONA N°:

NOMBRE:

EVALUACIÓN DE HOGARES CON AGUA SEGURA

ENCUESTADOR/A: A continuación, solicite al informante, permiso para tomar una muestra del agua que se consume en el hogar con la finalidad de realizar la evaluación del Nivel de Cloro Residual Libre en la Muestra de Agua del Hogar. Para realizar la prueba tenga cuidado de obtener la muestra de **AGUA REPRESENTATIVA** del lugar donde el hogar acumula o se suministra el agua. Por lo tanto, procederá a:

- Tomar la muestra del grifo o caño en el caso de que el hogar cuente con servicio de red pública y consuma directamente del lugar de suministro.
- Tomar la muestra del **DEPÓSITO Y/O RECIPIENTE DEL CUAL EL HOGAR CONSUME EL AGUA**, en los hogares que no cuenten con red pública o aquellos que a pesar de tener red pública; por algún motivo acumulen el agua que va a consumir el hogar.

129D. RESULTADO OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN LA MUESTRA DE AGUA DEL HOGAR

LECTURA DEL DISCO	
ENTERO	DECIMAL

EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA DE AGUA

(Para ser diligenciado por el funcionario de la encuesta)

134. ¿FRECUENTEMENTE ALMACENA EL AGUA PARA CONSUMO?

Sí 1 No 2

129E. LA MUESTRA DE AGUA FUE EXTRAÍDA POR:

- El/la funcionario/a de la encuesta1
 El/la informante2

129F. LA MUESTRA DEL AGUA PARA SU CONSUMO SE EXTRAJO DEL:

- ¿Grifo o caño?1
 ¿Cilindro de metal?2
 ¿Balde o batea de plástico?3
 ¿Tanque (sin filtro)?4
 ¿Tanque (con filtro)?5
 ¿Bidón, botella, etc.?6
 ¿Otro?7

(Especifique)

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

142. 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 de la edificación?2

Pase a 172

Letrina?3
Pozo séptico, tanque séptico o biodigestor? 4A
Pozo ciego o negro?5

Río, acequia, canal o similar?6
Campo abierto o al aire libre?7A
Otro? 8
(Especifique)

Pase a 172

DETERMINACIÓN DEL TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

143. ACCEDIÓ A LA OBSERVACIÓN:

Sí 1

No 2 → Pase a 172

OBSERVACIÓN DIRECTA

144. TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS:

Arrastre hidráulico.....1

Hoyo seco.....2

Compostera seca.....3

Compostera húmeda4

OBSERVACIÓN DIRECTA

145. LOS COMPONENTES DEL TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS DETERMINADO EN LA PREGUNTA 144 SON:

COMPONENTES	Circule el código determinado en 144			
	Arrastre hidráulico 1	Hoyo Seco 2	Compostera seca 3	Compostera húmeda 4
1. Hoyo o pozo		1		
2. Tanque séptico/Biodigestor	2			
3. Cámara			3	3
4. Losa	4	4	4	4
5. Aparato sanitario	5	5	5	5
6. Caseta	6	6	6	6
7. Tubo de ventilación	7	7	7	7

146. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA:

Letrina..... 3

Pozo séptico 4

Pozo ciego o negro..... 5

Si en la pregunta 145 tiene circulado todos los componentes del tipo de disposición de excretas determinado, circule el código 3 en pregunta 146.

Caso contrario, determinar con el informante si se trata de un pozo séptico o pozo ciego o negro y circule el código correspondiente.

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS

172. ¿EL HOGAR CUENTA CON EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)?

Sí 1

No 2 → Pase a 173A

173. LA FRECUENCIA DEL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA ES:

¿Diaria?..... 1

¿Interdiaria?.....2

¿Semanal?.....3

¿Quincenal? ... 4

¿Mensual?5

¿Otra?6

(Especifique)

OBSERVACIONES:

7

173A. ¿DÓNDE DESECHA (BOTA O DISPONE) LOS/LAS ...	CÓDIGO (Circule uno o más códigos)										
	En la calle o vía pública..... 1 Regala 7 Espera y entrega al recolector de basura. 2 Contenedor comunal..... 8 Quema..... 3 Contenedor especial..... 9 En un botadero a cielo abierto 4 Otro 10 Vende 5 (Especifique) Lo utiliza para alimentar a sus animales... 6 NO LO DESECHA 11										
1. Aparatos electrónicos o eléctricos (control remoto, celulares, televisor, computadora, focos, fluorescentes, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
2. Pilas, baterías?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
3. Botellas, envases de plástico y bolsas plásticas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
4. Botellas y envases de vidrio?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
5. Papel, cartón y envases de cartón?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
6. Metal y envases de lata?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
7. Prendas de vestir y textiles?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
8. Madera (muebles, armarios, estanterías)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
9. Residuos orgánicos (plantas, restos de comida, cáscaras de fruta, cáscaras de huevo, huesos, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11

175A. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR SEPARA LAS PILAS, BATERÍAS, PLÁSTICOS, CARTÓN, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS?

Sí.....1 No2 → **Pase a 175C**

175B. ¿EN SU HOGAR EN QUE GRUPOS SEPARA LA BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)?

	Grupo / Bolsa							NO SEPARA
1. Restos de comida, cáscara de fruta, de huevo, huesos, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Botellas y envases de plástico	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Botellas y envases de vidrio	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Papel, cartón y envases de cartón	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Metal, envases de lata	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Pilas, baterías	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Otros _____ (Especifique)	1	2	3	4	5	6	7	8

Pase a 175D

175C. EN SU HOGAR, ¿ESTARÍAN DISPUESTOS A SEPARAR LOS RESIDUOS ORGÁNICOS COMO, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS; LOS RESIDUOS INORGÁNICOS COMO, PLÁSTICOS, CARTÓN Y LOS RESIDUOS TÓXICOS COMO, BATERÍAS, PILAS, ETC.?

Sí.....1 No2

175D. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR HA SIDO CAPACITADO PARA SEPARAR LOS RESIDUOS ORGÁNICOS COMO, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS; LOS RESIDUOS INORGÁNICOS COMO, PLÁSTICOS, CARTÓN Y LOS RESIDUOS TÓXICOS COMO, BATERÍAS, PILAS, ETC.?

Sí.....1 No2 → **Pase a 179**

175E. ¿QUÉ INSTITUCIÓN, ORGANISMO O ENTIDAD LO CAPACITÓ?
(Circule uno o más códigos)

Municipalidad	1	Organismo no gubernamental ONG	5
Empresas Comercializadoras de Residuos Sólidos.....	2	Ministerio de Salud MINSA.....	6
Recicladores Formalizados y Acreditados por la Municipalidad.....	3	Otra	7
Recicladores Informales.....	4	(Especifique)	

TELECOMUNICACIÓN

179. USTED, ¿ESTÁ DE ACUERDO QUE EN SU ZONA O BARRIO SE INSTALE ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL?

Sí..... 1 → **Pase a 181** No..... 2 NO SABE 3 → **Pase a 181**

180. ¿POR QUÉ NO ESTÁ DE ACUERDO QUE EN SU ZONA O BARRIO SE INSTALE ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL? (Circule uno o más códigos)

Produce riesgo para la salud..... 1 Emiten ruidos, zumbidos4
 Produce riesgo para el medio ambiente..... 2 Produce riesgo de accidente5
 Interfieren con los aparatos de uso cotidiano..... 3 Otra 6
 (Especifique)

181. ¿USTED HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL Y LA SALUD HUMANA?

Sí.....1 No 2

EQUIPAMIENTO/SERVICIO DEL HOGAR

184A. SU HOGAR TIENE:

(Circule uno o más códigos)

¿Equipo de sonido?1	¿Plancha eléctrica?8	¿Conexión a TV por cable o satelital?.. 13
¿Televisor a color?.....2	¿Computadora / Laptop / Tablet?.....9	¿Conexión a Internet? 14
¿Cocina a gas?3	¿Teléfono celular sin servicio de internet?.....10	¿Automóvil, camioneta?..... 15
¿Refrigeradora o congeladora? .4	¿Teléfono celular con servicio de internet.....11	¿Motocicleta?..... 16
¿Lavadora de ropa?5	¿Teléfono fijo?.....12	¿Lancha, bote motor o peque peque, canoa? 17
¿Horno microondas?.....6		NO TIENE NINGUNO 18
¿Licuadora?7		

CRIANZA Y CUIDADO DE PERRO/S EN EL HOGAR

185. USTED O ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR, ¿CRÍA ALGÚN PERRO?

Sí..... 1 →

185A. Actualmente, ¿Cuántos perros cría?
N°

No 2 → **Pase a Cap. 200**

186. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿LO/S HA VACUNADO CONTRA LA RABIA?

Sí1 →

186A. ¿Cuántos fueron vacunados?
N°

No2

OBSERVACIONES:

200. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR																				
201. N° DE ORD.	202. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ? (NO OLVIDE REGISTRAR A LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS)	203. ¿CUÁL ES LA RELACION DE PARENTESCO CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR? Jefe o Jefa del hogar 1 Espos/o o Compañero/a 2 Hijo(a) / hijastro(a) 3 Yerno / nuera 4 Nieto/a 5 Padre / madre / suegro/a 6 Hermano/a 6A Otro/a pariente 7 Trabajador/a del hogar 8 Pensionista 9 Otro/a no pariente 10		NÚCLEOS FAMILIARES 203A. N° DE NÚCLEO FAMILIAR 203B. RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE/A DEL NÚCLEO FAMILIAR Jefe/a 1 Espos/o 2 Hijo/a 3		204. ¿ES MIEMBRO DEL HOGAR?	205. ¿SE ENCUENTRA AUSENTE DEL HOGAR 6 MESES O MÁS?		206. ¿ESTÁ PRESENTE EN EL HOGAR 6 MESES O MÁS?		207. SEXO	208. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?	212. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL? Conviviente 1 Separado/a 2 Casado/a 3 Viudo/a 4 Divorciado/a 5 Soltero/a 6	217. ¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?			218. PERSONA SELECCIONADA			
		NOMBRE	APELLIDO	CÓDIGO	N°	CÓDIGO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	H	M	AÑOS	MESES	CÓDIGO	DÍA	MES	14 AÑOS A MÁS
1			1		1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
2					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
3					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
4					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
5					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
6					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
7					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
8					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
9					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
10					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
11					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
12					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
13					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
14					1	2	1	2	1	2	1	2							1	1

ENCUESTADOR/A TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE: Para toda persona que tiene circulado el código 1(SI) en 204 y el código 1(SI) en 205, concluya la entrevista en 212.

OBSERVACIONES:

300. IDENTIDAD, DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD (Para todas las edades)

PERSONA N°: NOMBRE: AÑOS: MESES: INFORMANTE N°:

IDENTIDAD

300.1. ¿TIENE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)?

Sí 1 → **Pase a 300.3**
 No 2
 NO SABE 3

300.2. ¿EL NACIMIENTO DE FUE INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL? (MUNICIPALIDAD O RENIEC):

Sí 1 No 2 NO SABE 3
Pase a 300A

300.3. ¿SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI) PRESENTA ERRORES?

Sí 1
 No 2 } **Pase a 300.5**
 NO SABE 3

300.4. EL ERROR QUE PRESENTA SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI) ES EN: (Circule uno o más códigos)

¿Nombres? 1
 ¿Apellidos? 2
 ¿Fecha de nacimiento? 3
 ¿Otro? 4
 (Especifique)

300.5. ¿LA DIRECCIÓN DE SU VIVIENDA ESTÁ ACTUALIZADA EN SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)?

Sí 1 No 2 NO SABE 3

DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si usted presenta alguna dificultad o limitación permanente que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

300A. ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA:

- | | | |
|--|----|----|
| 2. Ver, aun usando anteojos? | SÍ | NO |
| 4. Oír, aun usando audífonos? | 1 | 2 |
| 3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro? | 1 | 2 |
| 1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas? | 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 |

EMERGENCIAS MÉDICAS

Emergencia médica es aquella situación de salud imprevista que pone en riesgo la vida de la persona al no ser atendida inmediatamente.

300D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE A ¿USTED PRESENTÓ ALGÚN:

300E. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE A ¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN:

Para el problema de salud o accidente que considere más grave

300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL (Circule uno o más códigos)

Bomberos 1 ESSALUD 5
 Seguro Privado 2 Clínica 6
 SAMU 3 Curandero 7
 Ministerio de Salud .. 4 Otro 8
 (Especifique)
 ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA 9
 RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO . 10
 LLAMÓ Y NO ACUDIERON 11

300G. EL ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?

	SÍ	NO	N° DE VECES	CÓDIGO	SÍ	NO
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2			1	2
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2			1	2
3. Otro? _____ (Especifique)	1	2			1	2

Si todos son NO pase a 300B

PROGRAMAS SOCIALES	EDUCACIÓN																																																																																																																			
300B. ¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 10%;">SÍ</th> <th style="width: 10%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 0 a 17 años de edad</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Desayuno escolar Qali Warma?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Almuerzo escolar Qali Warma?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Guardería Cuna Más/ Wawa Wasi?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Acompañamiento a familias Cuna Más?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>De 16 a 24 años de edad</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Beca 18?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>De 65 y más años de edad</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Pensión 65?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Para todas las edades</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Comedor popular?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8. Vaso de leche?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9. JUNTOS?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>10. Seguro integral de salud (SIS)?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>11. Otro? _____ (Especifique)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> Pase a ítem 7		SÍ	NO	De 0 a 17 años de edad			1. Desayuno escolar Qali Warma?	1	2	2. Almuerzo escolar Qali Warma?	1	2	3. Guardería Cuna Más/ Wawa Wasi?	1	2	4. Acompañamiento a familias Cuna Más?	1	2	De 16 a 24 años de edad			5. Beca 18?	1	2	De 65 y más años de edad			6. Pensión 65?	1	2	Para todas las edades			7. Comedor popular?	1	2	8. Vaso de leche?	1	2	9. JUNTOS?	1	2	10. Seguro integral de salud (SIS)?	1	2	11. Otro? _____ (Especifique)	1	2	301A. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO NIVEL Y GRADO O AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">AÑO</th> <th rowspan="2">GRADO</th> <th colspan="2">CENTRO DE ESTUDIOS</th> </tr> <tr> <th>ESTATAL</th> <th>NO ESTATAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin nivel.....1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Básica especial.....1A</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Educación inicial.....2</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Primaria incompleta...3</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Primaria completa....4</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Secund. incompleta .5</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Secund. completa6</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sup. no universitaria incompleta7</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sup. no universitaria completa8</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sup. universitaria incompleta9</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sup. universitaria completa10</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Postgrado11</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> Pase a 305 Pase a 319		AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS		ESTATAL	NO ESTATAL	Sin nivel.....1					Básica especial.....1A			1	2	Educación inicial.....2			1	2	Primaria incompleta...3			1	2	Primaria completa....4			1	2	Secund. incompleta .5			1	2	Secund. completa6			1	2	Sup. no universitaria incompleta7			1	2	Sup. no universitaria completa8			1	2	Sup. universitaria incompleta9			1	2	Sup. universitaria completa10			1	2	Postgrado11			1	2
	SÍ	NO																																																																																																																		
De 0 a 17 años de edad																																																																																																																				
1. Desayuno escolar Qali Warma?	1	2																																																																																																																		
2. Almuerzo escolar Qali Warma?	1	2																																																																																																																		
3. Guardería Cuna Más/ Wawa Wasi?	1	2																																																																																																																		
4. Acompañamiento a familias Cuna Más?	1	2																																																																																																																		
De 16 a 24 años de edad																																																																																																																				
5. Beca 18?	1	2																																																																																																																		
De 65 y más años de edad																																																																																																																				
6. Pensión 65?	1	2																																																																																																																		
Para todas las edades																																																																																																																				
7. Comedor popular?	1	2																																																																																																																		
8. Vaso de leche?	1	2																																																																																																																		
9. JUNTOS?	1	2																																																																																																																		
10. Seguro integral de salud (SIS)?	1	2																																																																																																																		
11. Otro? _____ (Especifique)	1	2																																																																																																																		
	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS																																																																																																																	
			ESTATAL	NO ESTATAL																																																																																																																
Sin nivel.....1																																																																																																																				
Básica especial.....1A			1	2																																																																																																																
Educación inicial.....2			1	2																																																																																																																
Primaria incompleta...3			1	2																																																																																																																
Primaria completa....4			1	2																																																																																																																
Secund. incompleta .5			1	2																																																																																																																
Secund. completa6			1	2																																																																																																																
Sup. no universitaria incompleta7			1	2																																																																																																																
Sup. no universitaria completa8			1	2																																																																																																																
Sup. universitaria incompleta9			1	2																																																																																																																
Sup. universitaria completa10			1	2																																																																																																																
Postgrado11			1	2																																																																																																																
IDIOMA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ (Para personas de 3 y más años de edad) 300C. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA CON EL QUE APRENDIÓ HABLAR EN SU NIÑEZ: Quechua?1 Aimara?2 Ashaninka?.....3 Awajún / Aguaruna?4 Shipibo - Konibo?5 Shawi / Chayahuita?.....6 Matsigenka / Machiguenga?.....7 Achuar?8 Otra lengua nativa u originaria? _____ 9 (Especifique) Castellano?10 Portugués?.....11 Otra lengua extranjera?..... 12A LENGUA DE SEÑAS PERUANAS..... 12B NO ESCUCHA / NI HABLA13	302. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th rowspan="3">Respuesta espontánea</th> <th colspan="3">Para todas las personas de 15 y más años de edad</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Respuesta con cartilla de lectura</th> <th rowspan="2">No se aplicó cartilla</th> </tr> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Respuesta espontánea	Para todas las personas de 15 y más años de edad			Respuesta con cartilla de lectura		No se aplicó cartilla	SÍ	NO	Sí.....	1				No.....	2	1	2	3																																																																																															
	Respuesta espontánea			Para todas las personas de 15 y más años de edad																																																																																																																
				Respuesta con cartilla de lectura		No se aplicó cartilla																																																																																																														
		SÍ	NO																																																																																																																	
Sí.....	1																																																																																																																			
No.....	2	1	2	3																																																																																																																
305. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGUNA INSTITUCIÓN O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA (INICIAL, PRIMARIA O SECUNDARIA)? Sí.....1 No.....2 → Pase a 319	306A. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">AÑO</th> <th rowspan="2">GRADO</th> <th colspan="2">CENTRO DE ESTUDIOS</th> </tr> <tr> <th>ESTATAL</th> <th>NO ESTATAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicial.....1</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Primaria.....2</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Secundaria...3</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Básica Especial ...1A</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS		ESTATAL	NO ESTATAL	Inicial.....1			1	2	Primaria.....2			1	2	Secundaria...3			1	2	Básica Especial ...1A			1	2																																																																																								
	AÑO				GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS																																																																																																														
		ESTATAL	NO ESTATAL																																																																																																																	
Inicial.....1			1	2																																																																																																																
Primaria.....2			1	2																																																																																																																
Secundaria...3			1	2																																																																																																																
Básica Especial ...1A			1	2																																																																																																																

OBSERVACIONES:	
-----------------------	--

ETNICIDAD
(Solo para personas de 14 y más años de edad)

**319. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS
¿USTED SE SIENTE O CONSIDERA:**

- Quechua? 1
 Aimara? 2
 Nativo o indígena
 de la amazonía? 3
 (Especifique)
 Perteneciente o parte de otro
 pueblo indígena u originario? 4
 (Especifique)
 Negro, moreno, zambo, mulato / pueblo
 Afroperuano o afrodescendiente? 5
 Blanco? 6
 Mestizo? 7
 Otro? 8
 (Especifique)

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

- Sí 1
 No 2
 NO SABE 3



320A. ¿A qué pueblo indígena pertenece?

.....
(Especifique)

PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD

A continuación le haré una pregunta a usted sobre su percepción de inseguridad.

**321. EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PODRÍA SER VÍCTIMA DE ALGÚN HECHO
DELICTIVO?**

- Sí 1 No 2 NO SABE 3

**“Mi Perú es maravilloso.
 Tiene ríos, lagos, lagunas,
 montañas, plantas y muchos
 animales. Su clima es variado
 según sus regiones”.**

OBSERVACIONES:

500. TELECOMUNICACIÓN (Para personas de 12 y más años de edad)

INTERNET

PERSONA N°: _____

NOMBRE: _____

INFORMANTE N°: _____

502. EL MES ANTERIOR....., ¿HA UTILIZADO EL SERVICIO DE INTERNET?

Sí 1

No 2 →

Pase a 530

507. EL MES ANTERIOR, ¿EL SERVICIO DE INTERNET LO USÓ PARA:
(Circule uno o más códigos)

Comunicación social / familiar (e-mail, chat, facebook, etc.)? 1

Búsqueda de ofertas laborales? 7

Actividades de capacitación o estudio? 2

Transacciones bancarias y comerciales? 8

Actividades de trabajo o negocio? 3

Búsqueda de tareas escolares para familiar? 9

Búsqueda de información de trámites en entidades públicas (SUNAT, RENIEC, etc.)? 4

Búsqueda de información en medios de comunicación? 10

Búsqueda de información de mercados (productos, insumos, etc.)? 5

Otro? _____ 11
(Especifique)

Entretimiento (juegos de video, obtener películas, música, etc.)? 6

507A. EL MES ANTERIOR, ¿EL SERVICIO DE INTERNET LO USÓ A TRAVÉS DE UNA/UN: (Circule uno o más códigos)

507B. EL SERVICIO DE INTERNET, QUE USÓ EN EL/LA....., ¿ERA:
(Circule uno o más códigos)

Del centro de trabajo? 1 Otro? _____ 7

Del hogar? 2 (Especifique)

Del centro de estudios? 3 Teléfono celular sin plan de datos? 8

De la cabina pública? 4 Teléfono celular con plan de datos? 9

De la casa de familiares o amigos/as? ... 5 Módem – USB? 10

De un lugar público? 6

	SÍ	NO
1. Laptop?	1	2
2. Computadora?	1	2
3. Celular?	1	2
4. Tablet?	1	2
5. Otro? _____ (Especifique)	1	2

CÓDIGO												
1	2	3	4	5	6	7				8	9	10
1	2	3	4	5	6	7				8	9	10
1	2	3	4	5	6	7				8	9	10
1	2	3	4	5	6	7				8	9	10
1	2	3	4	5	6	7				8	9	10

B.

Verifique la pregunta **507B**

De haber circulado el código 2 o códigos 8, 9 o 10 →

Continúe con **510A**

De no haber circulado el código 2 o códigos 8, 9 o 10 →

Pase a **530**

SOLO CUANDO EL SERVICIO DE INTERNET ES EXCLUSIVO DEL HOGAR O DE UN TELÉFONO CELULAR CON O SIN PLAN DE DATOS O MODEM-USB

Para el servicio de Internet que utilizan habitualmente

510A. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO DE INTERNET QUE LE BRINDA LA EMPRESA:

Muy insatisfecho/a? 1

Insatisfecho/a? 2

Satisfecho/a? 3

Muy satisfecho/a? 4

Pase a 530

510B. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE SE SIENTE..... CON EL SERVICIO DE INTERNET QUE LE BRINDA LA EMPRESA?

Servicio lento 1

Las tarifas altas 2

Interrupciones (se cae la red) 3

Otro _____ 4

(Especifique)

TELEFONÍA CELULAR

530. EL MES ANTERIOR....., ¿UTILIZÓ EL TELÉFONO CELULAR?

Sí.....1

No2 →

Pase a Cap. 600 o siguiente persona

531. EL MES ANTERIOR....., ¿EL TELÉFONO CELULAR QUE UTILIZÓ ERA: (Circule uno o más códigos)

Aquilado (chalequero)?1

Propio?2

De familiar o amigo/a?.....3

De su centro de trabajo?4

Otro?5

(Especifique)

C

Verifique la pregunta 531

De haber circulado el código 2

Continúe con 537A

De no haber circulado el código 2

Pase a Cap.600 o siguiente persona

SOLO CUANDO EL CELULAR ES PROPIO

537A. ¿QUÉ EMPRESA/S LE BRINDA/N EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL: (Circule uno o más códigos)

537B. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL QUE LE BRINDA LA EMPRESA....:

Muy insatisfecho/a? .1

Insatisfecho/a?2

Satisfecho/a?.....3

Muy satisfecho/a?....4

Pase a Cap. 600 o siguiente persona

537C. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE SE SIENTE..... CON EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL QUE LE BRINDA LA EMPRESA ... :

Interrupciones en plena llamada.....1

No se escucha bien / No me escuchan bien2

Tarifas altas3

Tienen que movilizarse para encontrar señal.....4

Problemas al momento de realizar la recarga de saldo5

Mensajes de texto no deseados de su operador / Promociones.....6

Cobros no autorizados (cobros automáticos aceptados por poca información).....7

Otro8

(Especifique)

	SÍ	NO	CÓDIGO				CÓDIGO							
1. MOVISTAR?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
2. CLARO?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
3. ENTEL (NEXTEL)?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
4. BITEL?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
5. INKACEL (VIRGIN)?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8

OBSERVACIONES:

600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA N°:		NOMBRE:		INFORMANTE N°:	
VICTIMIZACIÓN					
601. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... ¿USTED HA SIDO VÍCTIMA DE: Sí.....1 No.....2 NO TIENE.....3	602. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... ¿CUÁNTAS VECES USTED FUE VÍCTIMA DE: Si todas son 2 o 3 pase a 611	602E. DE ESTAS VECES ¿CUÁNTAS FUERON DENUNCIADAS? La Comisaría (Policía Nacional del Perú)?.....1 El Ministerio Público o Fiscalía?.....2 Otro?.....3 (Especifique) Pase a 602A	602F. DE ESTAS ¿CUÁNTAS FUERON DENUNCIADAS EN: La Comisaría (Policía Nacional del Perú)?.....1 El Ministerio Público o Fiscalía?.....2 Otro?.....3 (Especifique) Si P602 es igual a P602E y P602F (una sola institución), pase a P608.	Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa	
		606. ¿DENUNCIÓ EL/LAS: Sí.....1 No.....2 Pase a 610	607. ¿DÓNDE REALIZÓ LA DENUNCIA DEL/LA: Comisaría (Policía Nacional del Perú)?.....1 Ministerio Público o Fiscalía?.....2 Otro?.....3 (Especifique)	608. ¿QUÉ SUCEDIÓ CON LA DENUNCIA DEL/LA: Está en trámite.....1 No sucedió nada.....2 Recuperó sus bienes y se devolvió al delincuente.....3 Solo recuperó sus bienes.....4 Se devolvió al delincuente.....5 Otro.....6 (Especifique) Pase a 602A	610. ¿CUÁL FUÉ EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE NO REALIZÓ LA DENUNCIA DEL/LA: Por miedo a represalias del agresor.....1 Es una pérdida de tiempo.....2 Desconfía de la Policía.....3 No se consumó el hecho.....4 Delito de poca importancia.....5 Desconoce al delincuente.....6 Otro.....7 (Especifique)
CÓD.		N° DE VECES	N° DE VECES	CÓDIGO	CÓDIGO
1. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?					
2. Intento de robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?					
3A. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?					
3B. Intento de robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?					
4A. Robo de motocicleta/ motolaxi?					
4B. Intento de robo de motocicleta/ motolaxi?					
5A. Robo de bicicleta?					
5B. Intento de robo de bicicleta?					
6A. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?					
6B. Intento de robo de dinero, cartera, celular, etc.?					
7. Amenazas e intimidaciones?					
8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?					
9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?					
10. Secuestro?					
11. Intento de secuestro?					
12. Extorsión?					
12A. Intento de extorsión?					
13. Estafa? (Especifique)					
14. Robo de negocio?					
15. Otro? (Especifique)					

600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA N°:		NOMBRE:		INFORMANTE N°:						
VICTIMIZACIÓN										
Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa										
601. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... ¿USTED HA SIDO VÍCTIMA DE:	602A. ¿EN QUÉ LUGAR SUCEDIÓ EL	602B. ¿EN QUÉ DEPARTA- MENTO SUCEDIÓ EL	602C. ¿EN QUÉ PROVINCIA SUCEDIÓ EL	602D. ¿EN EL/LAS, ¿EN QUÉ DISTRITO OCURRIÓ?	603A. ¿EL/LAS OCURRIÓ EN LA ZONA O BARRIO DONDE VIVE ACTUAL- MENTE?	604. ¿EL/LA DELINCUENTE O AGRESOR/A PORTABA ALGÚN ARMA (CUCHILLO, PISTOLA, PIEDRAS, PALOS, ETC.)?	605. ¿QUÉ TIPO DE ARMA PORTABA? (Añote uno o más códigos)	610A. ¿EN QUÉ MES SUCEDIÓ EL/LAS	610C. ¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA SUCEDIÓ EL/LAS: Mañana.....1 Tarde.....2 Noche.....3 Madrugada.....4 NO RECUERDA.....5	610D. ¿EL/LA OCURRIÓ UN: Día laborable de lunes a viernes?1 Fin de semana?2 Día feriado?3 NO RECUERDA4 NO SABE.....5
Si.....1 No.....2 NO TIENE.....3	NO SABE.....1 Dirección de la vivienda.....2 NO SABE.....3	NO SABE.....1	NO SABE.....1	En el mismo distrito.....1 En otro distrito.....2 NO SABE.....3	Si.....1 No.....2 NO SABE.....3	Si.....1 No.....2 NO SABE.....3	Arma de fuego de mano (revólver, pistola u otro).....1 Arma de fuego largo (escopeta, rifle, ametralladora).....2 Arma blanca (cuchillo, objeto punzo cortante).....3 Objetos contundentes (palos, piedras, etc.).....4 Otro.....5 (Especifique)	NO SABE.....13		
Transcriba solo los códigos 1						Pase a 610A				
CÓD.		ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	MES	CÓDIGO	CÓDIGO
1. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?										
2. Intento de robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?										
3A. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?										
3B. Intento de robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?										
4A. Robo de motocicleta/mototaxi?										
4B. Intento de robo de motocicleta/ mototaxi?										
5A. Robo de bicicleta?										
5B. Intento de robo de bicicleta?										
6A. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?										
6B. Intento de robo de dinero, cartera, celular, etc.?										
7. Amenazas e intimidaciones?										
8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?										
9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?										
10. Secuestro?										
11. Intento de secuestro?										
12. Extorsión?										
12A. Intento de extorsión?										
13. Estafa? (Especifique)										
14. Robo de negocio?										
15. Otro? (Especifique)										

600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD

611. EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES, DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PUEDE SER VÍCTIMA DE:

	SÍ	NO	NO TIENE		SÍ	NO	NO TIENE
1. Robo a su vivienda?	1	2		8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?	1	2	
2. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?	1	2	3	9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?	1	2	
3. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?	1	2	3	10. Secuestro?	1	2	
4. Robo de motocicleta o mototaxi?	1	2	3	11. Extorsión?	1	2	
5. Robo de bicicleta?	1	2	3	12. Estafa?	1	2	
6. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?	1	2		13. Robo del negocio?	1	2	
7. Amenazas e intimidaciones?	1	2		14. Otro? _____ (Especifique)	1	2	

611A. CUANDO USTED CAMINA DE NOCHE EN SU ZONA O BARRIO, ¿SE SIENTE:

Muy inseguro? 1 Inseguro? 2 Seguro? 3 Muy seguro? 4

CONTROL Y PREVENCIÓN DE DELITOS

612. EN SU ZONA O BARRIO EXISTE VIGILANCIA DE:

613. ¿CÓMO CALIFICA USTED LA VIGILANCIA DE:

613A. EL MES ANTERIOR..... EN SU ZONA O BARRIO HA NOTADO LA PRESENCIA DE:

	SÍ	NO	NO SABE	Muy mala?	Mala?	Buena?	Muy buena?	NO SABE	SÍ	NO
1. ¿La Policía Nacional del Perú?	1	2	3	1	2	4	5	6	1	2
2. ¿El Serenazgo?	1	2	3	1	2	4	5	6	1	2
3. ¿La Policía Nacional del Perú y el Serenazgo en conjunto (patrullaje integrado)?	1	2	3	1	2	4	5	6	1	2

CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES

617. EN CUANTO A LA SEGURIDAD CIUDADANA, ¿QUÉ TANTA CONFIANZA LE INSPIRA:

	Nada?	Poca?	Suficiente?	Bastante?	NO SABE
1. La Policía Nacional del Perú	5	2	6	7	4
2. La Municipalidad del Distrito	5	2	6	7	4
3. El Poder Judicial	5	2	6	7	4
4. El Ministerio Público o Fiscalía	5	2	6	7	4

618A. ¿CÓMO CALIFICA USTED EL DESEMPEÑO DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN RELACIÓN A:

	Muy malo?	Malo?	Bueno?	Muy bueno?
1. Atender prontamente cuando ocurre un delito	4	3	2	1
2. Mantener la seguridad y tranquilidad pública	4	3	2	1
3. Informar a la comunidad sobre la prevención de delitos	4	3	2	1
4. Tratar a las personas sin distinción alguna	4	3	2	1

618. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CÓMO CALIFICA USTED EL TRABAJO QUE HA REALIZADO LA COMISARÍA DE SU ZONA O BARRIO:

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

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

619. DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES VECINALES DE SEGURIDAD CIUDADANA, ¿USTED PARTICIPA EN: (Circule uno o más códigos)

Junta Vecinal de Seguridad Ciudadana?1
Red de Cooperantes para la Seguridad Ciudadana? ..2
Brigadas de Autoprotección Escolar (BAPES)?3
Patrulla Juvenil?4
Policía Escolar?5
Otro?6
(Especifique)
NINGUNA7

TENENCIA DE VEHÍCULO Y/O NEGOCIO

620. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿USTED TENÍA:

	Propio?	Alquilado?	Prestado?	NO TENÍA
1. Vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)	1	2	3	4
2. Motocicleta/ Mototaxi	1	2	3	4
3. Bicicleta	1	2	3	4
4. Negocio	1			4

OBSERVACIONES:

CAMBIO DE HÁBITOS

Sr./Sra.: A continuación le haré algunas preguntas sobre las precauciones que ha adoptado o actividades que evita realizar para protegerse de la delincuencia.

621A. USTED ¿HA DEJADO O EVITA....., POR TEMOR A SER VÍCTIMA DE LA DELINCUENCIA

	SÍ	NO	NO SABE	621B. DESDE QUÉ AÑO HA DEJADO O EVITA USTED	621C. ¿DEJO O EVITO, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A.....
				AÑO	SÍ NO
1. Salir de noche?	1	2	3		1 2
2. Salir a caminar?	1	2	3		1 2
3. Contestar el celular en la calle?	1	2	3		1 2
4. Llegar muy tarde a casa?	1	2	3		1 2
5. Tomar taxis en la calle?	1	2	3		1 2
6. Llevar mucho dinero en efectivo?	1	2	3		1 2
7. Otro? _____ (Especifique)	1	2			1 2

Si el año registrado es igual o menor al 2016, pase a siguiente ítem

OBSERVACIONES:

700. SALUD
(Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA N°: _____

NOMBRE: _____

INFORMANTE N°: _____

DENGUE

701. EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO SE TRANSMITE (CONTAGIA) EL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

Por picadura del zancudo / Mosquito 1

Por beber agua con larvas / Huevos de
zancudos..... 2

Por contacto persona a persona 3

Otro 4
(Especifique)

NO SABE 5 → **Pase a 705**

702. DÍGAME USTED, ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

Diarrea 1

Dolor de cabeza 2

Dolor de huesos y/o de articulaciones 3

Dolor de ojos 4

Dolor estomacal 5

Dolor muscular 6

Erupción cutánea 7

Escalofríos 8

Fiebre 9

Náuseas y/o vómitos 10

Sangrado 11

Sueño o decaimiento 12

Sudoración 13

Otro 14
(Especifique)

NO SABE 15 → **Pase a 704**

703. ¿QUÉ HARÍA USTED SI PRESENTA LOS SÍNTOMAS DEL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

Acudir al establecimiento de salud 1

Auto medicarse 2

Tomar abundante líquido 3

Tomar remedios caseros 4

Otro 5
(Especifique)

NO SABE 6

704. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA PREVENIR EL DENGUE?
(Circule uno o más códigos)

Desechar los recipientes u objetos que puedan
contener (acumular) agua (llantas, latas,
botellas, chapas, cáscaras de coco, etc.) 1

Eliminar el agua de lluvia acumulada en
recipientes y charcos 2

Fumigar la vivienda 3

Lavar y escobillar los recipientes donde
almacena el agua 4

Tapar bien los recipientes donde almacena el
agua 5

Utilizar la motita con larvicida entregada por el
personal de salud 6

Utilizar mosquiteros para protegerse de las
picaduras 7

Cambiar el agua de los floreros 8

Otro 9
(Especifique)

NO SABE 10

ARAÑA CASERA

705. CONSIDERA USTED QUE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES, ¿ES VENENOSA?

Sí 1

No 2

NO SABE 3

Pase a 710

706. DÍGAME USTED, ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE CAUSAN LA PICADURA O MORDEDURA DE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES?
(Circule uno o más códigos)

Ardor o sensación de lancetazo en el momento
de la mordedura 1

Dolor de cabeza 2

Dolor en la zona de la mordedura 3

Enrojecimiento en la zona de la mordedura 4

Escalofrío, fiebre y sudoración 5

Escozor en la zona de la mordedura 6

Hinchazón en la zona de la mordedura 7

Náuseas y/o vómitos 8

Otro 9
(Especifique)

NO SABE 10 → **Pase a 708**

707. ¿QUÉ HARÍA USTED SI ES PICADO O MORDIDO POR LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES? (Circule uno o más códigos) Acudir al centro de salud.....1 Identificar el tipo de araña.....2 Llevar la araña al centro de salud para su identificación3 Auto medicarse4 Tomar remedios caseros5 Otro6 (Especifique) NO SABE7	709. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA EVITAR LA PICADURA O MORDEDURA DE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES? (Circule uno o más códigos) Fumigar la vivienda.....1 Limpiar con frecuencia los rincones de las habitaciones.....2 Limpiar con frecuencia los techos de las habitaciones.....3 Limpiar detrás de los cuadros.....4 Limpiar detrás, debajo y/o dentro de los muebles (sillones, roperos, mesas, camas, reposteros, etc.).....5 Mirar y/o sacudir la ropa antes de utilizarla.....6 Mirar y/o limpiar antes de abrir o manipular los objetos que no se movilizan o se hallan guardados.....7 Mirar y/o sacudir los zapatos antes de utilizarlos.....8 Otro9 (Especifique) NO SABE10														
ACCIONES ANTE LA MORDEDURA DE UN PERRO															
710. ¿QUÉ HARÍA USTED SI ES MORDIDO POR UN PERRO? (Circule uno o más códigos) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; background-color: #cccccc; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">710A. INDIQUE EL ORDEN</td> </tr> <tr> <td>Lavarse la herida con abundante agua y jabón.....1</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Identificar al animal mordedor2</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Acudir al establecimiento de salud3</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Otro4 (Especifique)</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Otro5 (Especifique)</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Otro6 (Especifique)</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>			710A. INDIQUE EL ORDEN	Lavarse la herida con abundante agua y jabón.....1		Identificar al animal mordedor2		Acudir al establecimiento de salud3		Otro4 (Especifique)		Otro5 (Especifique)		Otro6 (Especifique)	
	710A. INDIQUE EL ORDEN														
Lavarse la herida con abundante agua y jabón.....1															
Identificar al animal mordedor2															
Acudir al establecimiento de salud3															
Otro4 (Especifique)															
Otro5 (Especifique)															
Otro6 (Especifique)															

A continuación le entregaré una cartilla, para que usted me indique su orientación sexual.

711. POR SU ORIENTACIÓN SEXUAL, ¿CÓMO SE CONSIDERA USTED?	
Heterosexual (Preferencia por personas del sexo opuesto)... 1 Homosexual (Preferencia por personas del mismo sexo: lesbiana o gay) 2 Bisexual (Preferencia por personas de ambos sexos) 3 Pansexual (Preferencia por personas del mismo sexo, ambos sexos , múltiples géneros) 4	Asexual (Persona que tiene solo atracción estética y emocional, no experimenta deseo sexual)5 Otro.....6 (Especifique) NINGUNA7 NO RESPONDE8

OBSERVACIONES:	

800. SEGURIDAD VIAL
(Para personas de 14 y más años de edad)

PERSONA N°: **NOMBRE:** **INFORMANTE N°:**

801. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACOSTUMBRA USTED:

	Nunca?	Casi nunca?	Casi siempre?	Siempre?	NO EXISTE
1. Cruzar las pistas por el cruce peatonal	1	2	3	4	
2. Cruzar por el puente peatonal aunque exista un cruce peatonal	1	2	3	4	5
4. Cruzar las pistas solo cuando el semáforo está en rojo para los vehículos	1	2	3	4	5
5. Esperar el vehículo de transporte público en la acera, sin invadir la pista	1	2	3	4	
6. Cruzar por el cruce peatonal mirando previamente a ambos lados	1	2	3	4	

803. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿HA ESCUCHADO USTED POR LA RADIO O HA VISTO EN LA TELEVISIÓN ALGUNA CAMPAÑA SOBRE SEGURIDAD VIAL?

Sí.....1 No.....2

USO EXCLUSIVO DEL ENCUESTADOR/A

<i>Completa1</i>	<i>Incompleta..... 2</i>	<i>Rechazo..... 3</i>	<i>Ausente4</i>
	MOTIVO Viaje por estudio 1 Viaje por trabajo 2 Viaje por salud 3 Cansancio o aburrimiento 4 Otro 8 (Especifique)	MOTIVO No dispone de tiempo 5 No le importa dar información 6 Familiares lo niegan 7 Otro 8 (Especifique)	MOTIVO Viaje por estudio 1 Viaje por trabajo 2 Viaje por salud 3 Otro 8 (Especifique)

**N° de días
de ausencia**

RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos		DNI								FECHA			
----------------------------	---	------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--

OBSERVACIONES:

800A. PATRIMONIO, SERVICIOS Y BIENES CULTURALES
(Persona de 14 y más años de edad, según tabla de determinación del informante)

PERSONA N°:	NOMBRE:	INFORMANTE N°:
-------------	---------	----------------

PATRIMONIO CULTURAL

800A.1 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A....., ¿USTED VISITÓ ALGÚN:	800A.2 ¿ALGUNO DE LOS SE ENCUENTRA EN SU DISTRITO?		800A.3 ¿CUÁLES FUERON LOS MOTIVOS DE SU VISITA AL..... (Anote uno o más códigos)	800A.4 ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED VISITÓ EL..... Semanal?1 Mensual?2 Semestral?3 Anual?4 Otra?5 (Especifique)	Para la última visita cuyos motivos fueron Aparejar el patrimonio o Esparcimiento		800A.7 ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO VISITÓ NINGÚN.....? Falta de tiempo1 Falta de interés2 Falta de dinero3 Falta de información4 Otra5 (Especifique)
	Sí	No			800A.5 ¿CÓMO OBTUVO LA ENTRADA AL, FUE:	800A.6 ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO SE ENCUENTRA UBICADO EL..... Pase a siguiente ítem	
Pase a 800A.7 →							
1. Monumento histórico (Iglesia, Catedral, fortaleza, muralla, casona, centro histórico, mausoleo, etc.)?	1	2	1	2			
2. Monumento Arqueológico (sitio arqueológico, huaca, ruina, sitios de fósiles)?	1	2	1	2			
3. Museo?	1	2	1	2			

OBSERVACIONES:[illegible]

SERVICIOS CULTURALES

800A.8 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A.....,		800A.9 ¿CON QUÉ FRECUENCIA ASISTIÓ AL/A LA..... Semanal?.....1 Mensual?.....2 Trimestral?.....3 Semestral?.....4 Anual?.....5 Otra?.....6 (Especifique)		Para el último espectáculo o evento		800A.12 ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO ASISTIÓ?	
¿USTED ASISTIÓ A UN/UNA:				800A.10 ¿CÓMO OBTUVO EL TICKET O ENTRADA AL/A LA FUE: Comprado?.....1 Pagado por otra persona?....2 Entrada libre? ...3 Otra forma?___4 (Especifique)	800A.11 ¿CUÁL FUE EL MONTO PAGADO POR ENTRADA O TICKET DE INGRESO AL.....? (Nuevos soles)	Falta de tiempo.....1 Falta de interés.....2 Falta de dinero.....3 No tiene información oportuna.....4 No hay ofertas5 Otra6 (Especifique)	
	SÍ	NO	CÓDIGO	CÓDIGO	ENT	DEC	CÓDIGO
1. Espectáculo de teatro?	1	2					
2. Espectáculo de danza?	1	2					
3. Espectáculo de circo?	1	2					
4. Espectáculo musical (conciertos, festivales, etc.)?	1	2					
5. Función de cine?	1	2					
6. Exposición de fotografía, pintura, galería de arte y otros?	1	2					
7. Feria artesanal?	1	2					
8. Biblioteca y/o sala de lectura?	1	2					
9. Feria del libro?	1	2					
10. Festival local - tradicional (fiestas patronales, festividades, carnavales, regionales, etc.)?	1	2					
11. Otros servicios culturales? _____ (Especifique)	1	2					

OBSERVACIONES:

900. ATENCIÓN DE INCENDIOS, MORTALIDAD Y EXPOSICIÓN A DESASTRES (Jefe/a del hogar)

INFORMANTE N°:

NOMBRE:

ATENCIÓN DE INCENDIOS

905. ¿CUÁL ES EL NÚMERO TELEFÓNICO DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS DE LOS BOMBEROS?

Número de teléfono:

NO SABE 1

906A. EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS DEL 2015 AL 2017, DE LAS PERSONAS QUE VIVÍAN PERMANENTEMENTE EN SU HOGAR, ¿CUÁNTAS FALLECIERON POR ALGÚN:

	N° DE PERSONAS	NINGUNO
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?		1
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?		1
3. Otro? _____ (Especifique)		1

INFRAESTRUCTURA Y EXPOSICIÓN A DESASTRES

908. EN SU ZONA O BARRIO ¿EXISTEN:

	SÍ	NO	NO SABE		SÍ	NO	NO SABE
				909. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A..... ¿HAN REALIZADO MANTENIMIENTO PARA CONSERVAR EL BUEN ESTADO DE LAS/LOS.....			
1. Parques?	1	2	3		1	2	3
2. Losas deportivas?	1	2	3		1	2	3
3. Mercados?	1	2	3		1	2	3
4. Centros comunales?	1	2	3		1	2	3
5. Pistas de concreto, asfaltadas?	1	2	3				
6. Pistas empedradas?	1	2	3				
7. Pistas de tierra, arena afirmada o enripiada?	1	2	3				
8. Veredas de concreto?	1	2	3				
9. Escaleras de concreto?	1	2	3				

Si todos son NO o NO SABE pase a 910

910. SU VIVIENDA SE ENCUENTRA EXPUESTA A:

	SÍ	NO
1. ¿Basurales, aguas estancadas?	1	2
2. ¿Inundaciones?	1	2
3. ¿Precipicios?	1	2
4. ¿Deslizamiento de tierras, derrumbes o avalanchas?	1	2
5. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2

OBSERVACIONES:

1000. MEDIO AMBIENTE Y PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
(Persona de 18 y más años de edad, según tabla de determinación del informante)

INFORMANTE N°: _____

NOMBRE: _____

INFORMANTE: _____

CUIDADO DE LA CALIDAD DEL AIRE

1001. ¿CONSIDERA USTED QUE EN SU ZONA O BARRIO EL AIRE SE ENCUENTRA:

- Muy contaminado?..... 1
Contaminado?..... 2
Poco contaminado? 3
Nada contaminado? 4 →

**Pase a
1003**

1002. EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE EN SU ZONA O BARRIO?
(Circule uno o más códigos)

- Basura en las calles (botaderos)..... 1
Quema de basura al aire libre..... 2

Por el parque automotor:

- Emisiones contaminantes 3
Ruidos molestos..... 4

Por actividades comerciales:

- Emisiones contaminantes 5
Ruidos molestos..... 6

Por actividades de construcción:

- Emisiones contaminantes 7
Ruidos molestos..... 8
Emisiones producto de la explotación de minas
y canteras..... 9
Emisiones de las fábricas, refinerías, etc..... 10

Otro 11
(Especifique)

NO SABE 12

1003. SI USTED IDENTIFICA QUE SE ESTÁ CONTAMINANDO EL AIRE, ¿A QUÉ ENTIDAD O INSTITUCIÓN ACUDIRÍA?

(Circule uno o más códigos)

- Ministerio del Ambiente / Organismo de
Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA) 1
Municipalidad 2
Ministerio de Salud 3
Medios de comunicación 4
Otro 5
(Especifique)
NO SABE 6
NO ACUDIRÍA 7

1004. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA DISMINUIR LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE?
(Circule uno o más códigos)

- Evitar quemar la basura (papel, plástico,
llantas, etc.)..... 1
No botar basura en las calles..... 2
Cuidar las áreas verdes y los bosques 3
Participar en acciones de educación ambiental 4
Usar transporte alternativo (a pie, bicicleta) y/o
transporte masivo (buses, metro, tren) 5
Usar combustibles menos contaminantes
(GNV, GLP, Gasohol) 6
Otro 7
(Especifique)
NO SABE 8

OBSERVACIONES:

PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

1005. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... USTED, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA AL COMPRAR ALGÚN PRODUCTO O CONTRATAR UN SERVICIO?

Sí..... 1

No 2 →

Concluya la entrevista

**1006. ¿SOBRE QUÉ TIPO DE PRODUCTO O SERVICIO FUE SU PROBLEMA?
(Circule uno o más códigos)**

Servicios bancarios y financieros1

Servicios de transporte aéreo y terrestre2

Seguro privado de salud3

Seguros privados de otro tipo (auto, de vivienda, etc.)4

Equipos de telecomunicación.....5

Electrodomésticos y equipos de cómputo6

Servicios educativos (privado) y artículos de educación.....7

Autos / Servicio automotriz.....8

Vivienda (alquiler y/o compra).....9

Otro 10
(Especifique)

Servicios de agua, luz, telecomunicaciones y otros servicios públicos11

De haber circulado solo el código 11 concluya la entrevista

**PARA EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL SERVICIO O PRODUCTO ADQUIRIDO
(Considere solo las alternativas del 1 al 10)**

1007. ¿LLEGÓ A PRESENTAR EL RECLAMO O DENUNCIA?

Sí..... 1

No 2 →

Pase a 1010

**1008. ¿DÓNDE PRESENTÓ SU RECLAMO O DENUNCIA?
(Circule uno o más códigos)**

Ante la empresa o proveedor.....1

Libro de Reclamaciones del proveedor.....2

INDECOPI (para reclamos y denuncias)3

Asociación de consumidores4

Poder Judicial5

Policía Nacional del Perú.....6

Entidad reguladora (OSIPTEL, OSINERGMIN, OSITRAN, SUNASS, etc.)7

Centro de Arbitraje del consumidor.....8

Medios de comunicación9

Redes sociales.....10

Otro 11
(Especifique)

1009. ¿OBTUVO USTED ALGUN TIPO DE SOLUCIÓN LUEGO DE REALIZAR EL RECLAMO O DENUNCIA?

Sí 1

No 2

Concluya la entrevista

**1010. ¿POR QUÉ NO PRESENTÓ SU RECLAMO O DENUNCIA?
(Circule uno o más códigos)**

Por vergüenza.....1

Por falta de tiempo.....2

Por el costo del procedimiento de reclamo o denuncia3

Desconoce donde reclamar/denunciar4

El valor del bien o servicio era de bajo costo5

Prefiere evitar problemas.....6

El producto o servicio fue adquirido de un ambulante7

Lo iba a hacer, pero luego lo olvido8

Es una pérdida de tiempo9

Otro 10
(Especifique)

OBSERVACIONES:

[illegible]

CALENDARIO 2018

ENERO						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

MARZO						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ABRIL						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

MAYO						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

JULIO						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

AGOSTO						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

OCTUBRE						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29