

300C. DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)

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

N° DNI:	NO TIENE	1	DE 12 A MÁS AÑOS DE EDAD	NO TIENE	1
	NO QUISO BRINDAR	2		NO QUISO BRINDAR	2
	NO SABE / NO RECUERDA	3		NO SABE / NO RECUERDA	3
	N° <input type="text"/>	4		N° TELÉFONO CELULAR	N° NACIONAL <input type="text"/>

DISCAPACIDAD

Sr./Sra.: A continuación, le haré algunas preguntas para saber si usted presenta alguna dificultad o limitación física o mental permanente que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

301. ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA:

	SÍ	NO
1. Ver, aun usando anteojos?	1	2
2. Oír, aun usando audífonos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?	1	2
4. 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
7. Tiene alguna otra dificultad conocida como autismo?	1	2

EMERGENCIAS MÉDICAS

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

302. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A.....¿USTED PRESENTÓ ALGÚN:	303. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN:	Para el problema de salud o accidente que considere más grave																													
		304. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Circule uno o más códigos) Bomberos1 ESSALUD5 Seguro Privado2 Clínica6 SAMU3 Curandero7 Ministerio de Salud4 Otro8 (Especifique) ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA9 RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO10 LLAMÓ Y NO ACUDIERON11	305. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Accidente, que requería atención médica inmediata?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Otro? _____ (Especifique)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2	2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2	3. Otro? _____ (Especifique)	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N° DE VECES</th> <th>CÓDIGO</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	N° DE VECES	CÓDIGO	SÍ	NO			1	2			1	2			1	2		
	SÍ	NO																													
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2																													
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2																													
3. Otro? _____ (Especifique)	1	2																													
N° DE VECES	CÓDIGO	SÍ	NO																												
		1	2																												
		1	2																												
		1	2																												

Si todos son NO pase a 306

PROGRAMAS SOCIALES

306. ¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL:

	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 y más 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

Pase a ítem 7

IDIOMA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ (Para personas de 3 y más años de edad)

307. ¿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?12
 LENGUA DE SEÑAS PERUANAS13
 NO ESCUCHA / NI HABLA14

EDUCACIÓN					ETNICIDAD (Solo para personas de 14 y más años de edad)	
308. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO NIVEL Y GRADO O AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ?						
	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS			
			ESTATAL	NO ESTATAL		
Sin nivel..... 1						
Educación inicial..... 2			1	2		
Primaria incompleta... 3			1	2		
Primaria completa... 4			1	2	Pase a 310	
Secund. incompleta 5			1	2		
Secund. completa... 6			1	2		
Básica Especial..... 7			1	2		
Sup. no universitaria incompleta..... 8			1	2	Pase a 310	
Sup. no universitaria completa..... 9			1	2		
Sup. universitaria incompleta.....10			1	2		
Sup. universitaria completa.....11			1	2		
Postgrado.....12			1	2		
312. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS ¿USTED SE SIENTE O CONSIDERA:						
Quechua?					1	
Aimara?					2	
Nativo o indígena de la amazonía?					3	
(Especifique)						
Perteneiente 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)						
NO SABE					9	
313. ¿USTED PERTENECE O SE CONSIDERA PARTE DE UN PUEBLO INDÍGENA?						
Sí..... 1					→	314. ¿A qué pueblo indígena pertenece? (Especifique)
No..... 2						
NO SABE 3						
309. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?						
	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	⇒	1	2	3	
No.....	2					
310. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGUNA INSTITUCIÓN O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?						
Sí..... 1						
No 2					→ Pase a 312	
311. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?						
	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS			
			ESTATAL	NO ESTATAL		
Inicial..... 1			1	2		
Primaria incompleta..... 2			1	2		
Secundaria incompleta..... 3			1	2		
Básica Especial..... 4			1	2		
Sup. no universitaria incompleta..... 5			1	2		
Sup. universitaria incompleta..... 6			1	2		
Postgrado..... 7			1	2		
PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD (Solo para personas de 14 y más años de edad)						
Sr./Sra.: A continuación le haré una pregunta a usted sobre su percepción de inseguridad.						
315. EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PODRÍA SER VÍCTIMA DE ALGÚN HECHO DELICTIVO?						
Sí..... 1 No 2 NO SABE..... 3						
ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Solo para personas de 18 y más años de edad)						
Sr./Sra.: Orientación sexual: es la atracción y preferencia afectiva y sexual hacia una persona. Tomando en cuenta esto me podría indicar. (Mostrar Tarjeta 1).						
316. ¿CUÁL DE ESTAS ALTERNATIVAS DEFINE MEJOR SU ORIENTACIÓN SEXUAL?						
Heterosexual.....1						
Homosexual (gay o lesbiana).....2						
Bisexual.....3						
Pansexual.....4						
Asexual.....5						
Otra.....6						
(Especifique)						
NINGUNA.....7						
NO RESPONDE / NO CONTESTA.....8						
NO SABE.....9						
Sr./Sra.: Identidad de género: es la vivencia interna y a partir de ella la manera cómo se configura la imagen personal, las actividades, los comportamientos y la forma de relacionarse con su entorno social. El género podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento y podría involucrar –o no– la modificación de la apariencia. Tomando en cuenta esto me podría indicar (Mostrar Tarjeta 2).						
317. ¿CUÁL DE ESTAS ALTERNATIVAS DEFINE MEJOR SU IDENTIDAD DE GÉNERO?						
Mujer.....1						
Hombre.....2						
Mujer trans / Trans femenina.....3						
Hombre trans / Trans masculino.....4						
Otra.....5						
(Especifique)						
NINGUNA.....6						
NO RESPONDE / NO CONTESTA.....7						
NO SABE.....8						