

ESTUDIO COMUNAL DE DISCAPACIDAD 2020



IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

FORMULARIO	IDR
N° _____ de _____	

INFORMACIÓN DE MARCO MUESTRAL

REGIÓN		PROVINCIA	COMUNA		DISTRITO CENSAL		TIPO DE ESTRATO	ZONA CENSAL		CÓDIGO DE MANZANA			CÓDIGO DE SECCIÓN		
R	M	Santiago	C	N											

IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

VIVIENDA		TOTAL DE HOGARES		HOGAR	

LETRA KISH

--

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

CALLE, AVENIDA, PASAJE, Km / NÚMERO, PARCELA, LOTE	TELÉFONO FIJO/CELULAR

TIPO DE VIVIENDA

CASA			DEPARTAMENTO EN EDIFICIO		PIEZA EN CASA ANTIGUA O CONVENTILLO	MEDIAGUA O MEJORA	RANCHO, CHOZA O RUCA	VIVIENDA PRECARIA DE MATERIALES REUTILIZADOS
AISLADA (NO PAREADA)	PAREADA POR UN LADO	PAREADA POR AMBOS LADOS	CON ASCENSOR	SIN ASCENSOR				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

INFORMANTE

CUESTIONARIO	N° LÍNEA	NOMBRE	EDAD
Informante Idóneo			
Kish Adulto			
Kish Infantil			

Observaciones

CUESTIONARIO DEL HOGAR

MÓDULO H: REGISTRO DE PERSONAS EN EL HOGAR

TODAS LAS PERSONAS

<p>Por favor, ¿podría indicarme los nombres de las personas que viven habitualmente en este hogar? Al llegar a la vivienda identifique los hogares. Una vez hecho esto, identifique al jefe o jefa de hogar.</p> <p><i>Luego, consulte por las personas que viven habitualmente en el hogar.</i></p> <p><i>Recoja toda la información del jefe o jefa de hogar en la primera fila. Luego proceda a llenar el resto de las filas tomando en cuenta la relación de las personas con la jefatura del hogar.</i></p> <p><i>Escriba el nombre de pila de todas las personas del hogar</i></p> <p><i>Incluya a todos los miembros del hogar. No olvide incluir a los bebés, a los niños pequeños y los adultos mayores que pertenezcan al hogar</i></p> <p><i>No se olvide de quienes residen transitoriamente fuera del hogar ya sea por estudio, trabajo, negocio, enfermedad, vacaciones u otra razón, siempre que los <u>periodos de ausencia no superen los 6 meses (con excepción del jefe(a) de hogar y de los niños menores de 6 meses).</u></i></p>	<p>H1. ¿Qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe o jefa de este hogar?</p> <p>Si es sólo un residente registre 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe(a) de hogar 2. Esposo(a) o pareja de distinto sexo 3. Esposo(a) o pareja de igual sexo 4. Hijo(a) de ambos 5. Hijo(a) sólo de jefe(a) 6. Esposo(a)/pareja 7. Padre o madre 8. Suegro(a) 9. Yerno o nuera 10. Nieto(a) 11. Hermano(a) 12. Cuñado(a) 13. Otro familiar 14. No familiar 15. Servicio doméstico puertas adentro <p>H2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer <p>H3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?</p> <p>Registre la edad en años cumplidos. Anote "0" en caso de niños menores de 1 año.</p>	<p>H4. ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?</p> <p>Lea las alternativas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casado(a). 2. Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil 3. Conviviente Civil (con acuerdo de unión civil) 4. Anulado(a) 5. Separado(a) 6. Divorciado (a) 7. Viudo(a) 8. Soltero(a) <p>H5. En este estudio es importante conocer las relaciones que tienen las personas al interior del hogar. Me puede indicar, ¿Qué personas aquí conforman parejas, ya sea legales o de hecho?</p> <p>Identifique las parejas utilizando un número correlativo de 1 a "n". Si no hay parejas, deje en blanco.</p> <p>Total Parejas <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	<p>H6. Me puede indicar, ¿qué personas aquí son hijos o dependen de otros?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Asigne el número "0" al servicio doméstico y a sus dependientes.</i> 2. <i>Copie los números con los que se identificó cada pareja en las columnas anteriores frente a cada miembro de la pareja.</i> 3. <i>Partiendo de los miembros de menor edad, identifique de quién es hijo o depende cada integrante que no forma parte de una pareja.</i> 4. <i>Asigne a esta persona el mismo número de la pareja de la cual es hijo o depende.</i> 5. <i>Si hay personas que no son hijos o no dependen de otros, asigne un nuevo número correlativo.</i> 6. <i>Y así sucesivamente hasta que todos los miembros queden identificados.</i> 7. <i>Si es sólo un residente registre 1.</i> <p>Total Núcleos <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">→ Pasa a H8 si Total Núcleos = 1</p>	<p>SOLO SI HAY MÁS DE 1 NÚCLEO</p> <p>H7.a. ¿Quién es el jefe o la jefa de este núcleo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jefe(a) de núcleo <p>H7. b. ¿Y qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe o la jefa de este núcleo [NOMBRE JEFE(A) DE NÚCLEO]?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Esposo(a), pareja 3. Hijo(a) de ambos 4. Hijo(a) sólo de jefe(a) 5. Hijo(a) sólo de esposo(a) / pareja 12. Otro familiar 13. No familia 	<p>H8. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas ¿Pertenece [NOMBRE] o es descendiente de alguno de ellos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aymara 2. Rapa-Nui (Pascuense) 3. Quechua 4. Mapuche 5. Atacameño (Linkán Antai) 6. Coya 7. Kawésqar (Alacalufes) 8. Yagán (Yámana) 9. Diaguita 10. No pertenece a ningún pueblo indígena
---	--	--	--	---	---

N°	Nombre de Pila	Parentesco de jefe de hogar	Sexo	Edad	Kish Adulto	Kish Infantil	Estado civil	Pareja Legal	Pareja de Hecho	N° de Núcleo	Parentesco con Jefe de Núcleo	Pueblos indígenas
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

TODAS LAS PERSONAS

TODAS LAS PERSONAS					
H9. Cuando nació [NOMBRE], ¿En qué comuna o país vivía su madre?		H10. ¿Cuál es la Nacionalidad de [NOMBRE]?		Solo para quienes nacieron en otro país (H9=3) H11. ¿En qué año llegó al país?	
1. En esta Comuna 2. En otra Comuna de Chile 3. En otro país, Especifique. 9. No sabe		1. Chilena (exclusivamente) 2. Chilena y otra (Doble Nacionalidad) 3. Otra Nacionalidad (Extranjeros). Especifique ¿Cuál País?		1. Año 1989 o antes 2. Entre años 1990 y año 1999 3. Entre años 2000 y año 2004 4. Entre años 2005 y año 2009 5. Entre años 2010 y año 2014 6. Año 2015 o después 9. No sabe	
N°	H9	H9. Especifique	H10	H10. Especifique	H11
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

MÓDULO E: EDUCACIÓN

TODAS LAS PERSONAS		PERSONAS DE 7 A 30 AÑOS QUE NO ASISTEN (E1=2)				TODAS LAS PERSONAS				
<p>E1. Actualmente, ¿Asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?</p> <p>1. Sí → Pasa a E1.a 2. No → Pasa a E2, si tiene 0 a 6 años → Pasa a E3, si tiene 7 a 30 años → Pasa a E4, si tiene 31 años o más</p> <p>E1.a ¿Cuál es el nombre de dicha escuela? Escribir nombre de la Escuela → Pase a E4</p>		<p>E3. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a algún establecimiento educacional?</p> <p style="text-align: center;"><i>No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea considerando sólo la más importante</i></p> <p>Razones personales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda en la casa o quehaceres del hogar 2. Embarazo, maternidad o paternidad 3. Tiene una discapacidad 4. Requiere establecimiento de educación especial 5. Enfermedad que lo inhabilita 6. Problemas familiares 7. No le interesa 8. Terminó de estudiar 9. A su edad no le sirve estudiar o no conoce la manera para completar sus estudios <p>Razones económicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Dificultad económica 11. Trabaja o busca trabajo <p>Razones de rendimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Problemas de rendimiento 13. Expulsión o cancelación de matrícula <p>Razones de acceso a establecimiento educacional</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. No existe establecimiento cercano 15. Problemas de accesibilidad (ej. escuela con barreras arquitectónicas) 16. Problemas de transporte 77. Otra razón. Especifique: <p style="text-align: center;">→ Pasa a E4</p>				<p>E4. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o nivel educacional actual?</p> <p style="text-align: center;"><i>Muestre tarjeta N° 1</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca asistió → Pasa a 1 2. Jardín Infantil / Sala Cuna 3. Kínder / Pre-Kínder 4. Educación Especial (diferencial) 5. Primaria o Preparatoria (sistema antiguo) 6. Educación Básica 7. Humanidades (sistema antiguo) 8. Educación Media Científico-Humanista 9. Técnica Comercial, Industrial o Normalista (sistema antiguo) 10. Educación Media Técnica Profesional 11. Técnico Nivel Superior (carreras de 1 a 3 años) 12. Profesional (carreras de 4 años o más) 13. Postgrado <p>E5. En ese nivel educacional, ¿cuál fue el último curso que aprobó (para los que no están estudiando) o que cursa actualmente (para los que están estudiando)?</p> <p>E6. ¿Completó el nivel educacional anteriormente declarado?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 				
PERSONAS DE 0 A 6 AÑOS QUE NO ASISTEN (E1=2)		PERSONAS QUE ASISTEN ACTUALMENTE (E1=1)								
<p>E2. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?</p> <p style="text-align: center;"><i>No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea considerando sólo la más importante</i></p> <p>Razones personales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa 2. No me parece necesario que asista a esta edad 3. Desconfío del cuidado que recibiría 4. Se enfermaría mucho 5. Tiene una discapacidad 6. Requiere establecimiento de educación especial <p>Razones económicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Dificultad económica 8. No me alcanza el puntaje de la Ficha de Protección Social (FPS) para postular <p>Razones de acceso a establecimiento educacional</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. No hay matrícula (vacantes) 10. No lo/a aceptan 11. No existe establecimiento cercano 12. Problemas de accesibilidad (ej. escuela con barreras arquitectónicas) 13. Problemas de transporte 77. Otra razón. Especifique: <p style="text-align: center;">→ Pasa a E4</p>		<p>E7. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento educacional?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Municipal 2. Particular Subvencionada 3. Corporación de Administración Delegada 4. Particular no Subvencionada 5. JUNJI 6. INTEGRA 7. Jardín o sala cuna del trabajo de la madre o padre 8. Universidad del Consejo de Rectores 9. Universidad Privada 10. Instituto Profesional 11. Centro de Formación Técnica 88. No sabe 								
N°	E1	E1.a Nombre	E2	E2. Especifique	E3	E3. Especifique	E4	E5	E6	E7
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

 Pasan
E7

MÓDULO O: TRABAJO
PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS

<p>O1. La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?</p> <p>1. Sí → Pasa a O9 2. No</p> <p>O2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad por lo menos durante una hora... ...por un salario o remuneración? ...en su empresa o negocio? ...para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)? ...por pago en especies? ...como aprendiz o realizando una práctica? ...de venta, sin incluir bienes del hogar? ...agrícola, minera o artesanal para la venta?</p> <p>1. Sí → Pasa a O9 2. No</p> <p>O3. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo del cual estuvo ausente temporalmente por licencia, permiso postnatal parental, huelga, enfermedad, vacaciones, suspensión temporal u otra razón?</p> <p>1. Sí → Pasa a O9 2. No</p>	<p>O4. ¿Ha trabajado alguna vez?</p> <p>1. Sí 2. No</p> <p>O5. Si le ofrecieran un trabajo, ¿estaría disponible para comenzar a trabajar?</p> <p><i>Lea alternativas</i></p> <p>1. Sí, ahora mismo 2. Sí, en otra época del año 3. No</p> <p>O6. ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas?</p> <p>1. Sí → Pasa a O8 2. No</p>	<p>O7. ¿Cuál es la razón por la que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas?</p> <p><i>No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea considerando sólo la más importante</i></p> <p>Possibilidad de empezar a trabajar pronto</p> <p>1. Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará pronto una actividad por cuenta propia 2. 1. Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas</p> <p>Limitaciones de condiciones familiares o personales</p> <p>3. No tiene con quien dejar a los niños 4. No tiene con quien dejar a adultos mayores 5. No tiene con quien dejar a otro familiar 6. Está enfermo o tiene una discapacidad</p> <p>Percepción de limitaciones personales</p> <p>7. Piensa que nadie le dará trabajo (porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.) 8. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan 9. Ofrecen sueldos muy bajos</p> <p>Condiciones laborales no se adecuan a expectativas</p> <p>10. Tiene otra actividad renta 11. Quehaceres del hogar 12. Estudiante 13. Jubilado(a), pensionado(a) o montepiado(a) 13. Tiene otra fuente de ingreso (seguro de cesantía, mesadas, rentas, transferencias del Estado, etc.)</p> <p>Otros</p> <p>14. Se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible 15. Busca cuando realmente lo necesita o tiene trabajo esporádico 16. No tiene interés en trabajar 17. Razones de accesibilidad al lugar de trabajo (infraestructura, equipamiento, dispositivos de ayuda) 18. Dificultad de acceso a la movilización para trasladarse al lugar de trabajo 77. Otra razón</p>	<p>O8. ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo?</p> <p><i>Anote el número de semanas</i> → Pasa a O15</p>
--	--	---	---

Pasan
O8

Pasan O15

N°	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

MÓDULO O: TRABAJO

OCUPADOS (O1=1; O2=1; O3=1)			ASALARIADOS (O10=3,4,5,6,7 u 8)			
	<p>Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo o negocio principal</p> <p>O9.a. ¿Cuál es su ocupación u oficio?</p> <p>Indique el nombre completo del empleo y facilite detalles, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolector de frutas • Profesor de escuela nivel secundario • Enfermera titulada • Conductor de bus • Guardia de seguridad • Gerente de una empresa <p>ESCRIBA EN LA COLUMNA LO QUE EL ENCUESTADO LE RESPONDA</p>	<p>O9. b. ¿Qué hace usted en su trabajo o negocio principal?</p> <p>Facilite detalles, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger y transportar uvas • Enseñar matemáticas • Cuidar enfermos y administrar medicamentos • Transportar pasajeros entre ciudades • Vigilar y controlar entrada en una empresa • Administrar una empresa de productos lácteos <p>ESCRIBA EN LA COLUMNA LO QUE EL ENCUESTADO LE RESPONDA</p>	<p>O10. En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja como?</p> <p>Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patrón o empleador 2. Trabajador por cuenta propia 3. Empleado u obrero del sector público (Gobierno Central o Municipal) 4. Empleado u obrero de empresas públicas 5. Empleado u obrero del sector privado 6. Servicio domestico puertas adentro 7. Servicio doméstico puertas afuera 8. FF.AA. y de Orden 9. Familiar no remunerado → Pasa a O15 	<p>O11. En su trabajo principal, ¿qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene?</p> <p>Lea alternativas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo 	<p>O.12 En su trabajo principal, ¿Tiene contrato de trabajo escrito?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, firmó 2. Sí, pero no ha firmado 3. No tiene 4. No se acuerda o no sabe si firmó contrato 	<p>O13. Según su contrato de trabajo o el acuerdo con su empleador, ¿su jornada de trabajo normal es?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jornada completa 2. Jornada parcial 3. Jornada prolongada 77. Otra
N°	O9.a	O9.b	O10	O11	O12	O13
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

MÓDULO O: TRABAJO

ASALARIADOS (O10=3,4,5,6,7 u 8)		PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS		
	<p>O.14. ¿Con quién firmó su contrato o estableció su acuerdo de trabajo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Directamente con la empresa o negocio donde trabaja 2. Con un contratista o subcontratista de bienes o servicios 3. Con una empresa de servicios transitorios, suministradora de trabajadores o con un contratista laboral (enganchador) 	<p>O15. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 88. No sabe <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Pasan al MÓDULO Y</i> </div> <p>O16. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización obligatoria del trabajador dependiente. 2. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización voluntaria del trabajador independiente. 3. Sí, IPS ex INP [Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras] 4. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) 5. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA) 6. Sí, otra. Especifique 7. No está cotizando 88. No sabe 		
N°	O.14	O15	O16	O16. Especifique
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

MÓDULO Y: INGRESOS

A continuación, le voy a hacer unas preguntas acerca de los ingresos que reciben las personas que componen este hogar. Como toda la información que recoge esta encuesta, le recuerdo que sus respuestas están resguardadas por el SECRETO ESTADÍSTICO.

ASALARIADOS (O10 =3,4,5,6,7 u 8)

**PATRÓN O EMPLEADOR,
TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA
(O10 =1 ó 2)**

INGRESOS DE LA OCUPACIÓN

Y1. El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?

INCLUYA los descuentos por planilla de préstamos y consumos en casas comerciales, cuotas sindicales o a clubes, días de licencia médica y subsidio maternal, ahorro previsional voluntario o ahorro voluntario.

EXCLUYA los descuentos legales correspondientes a sistema previsional, sistema de salud, impuestos a las remuneraciones.

EXCLUYA también los pagos por horas extras, bonificaciones, gratificaciones, aguinaldos y otros beneficios, asignaciones familiares.

- Anote el monto declarado en pesos
- Anote el monto en el receptor
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 88
- Si no contesta anote 99

Y2. El mes pasado, además del ingreso que recién declaró, ¿cuánto recibió por otros ingresos provenientes de su ocupación principal? Considere ingresos en dinero y en especies.

Considere INGRESOS DE CARÁCTER REGULAR Y FRECUENTE como ingresos por concepto de horas extras, comisiones, propinas, asignaciones por vivienda, transporte, educación de los hijos y semejantes, viáticos no sujeto a rendición y otros.

También considere BIENES Y SERVICIOS QUE LE ENTREGAN DE MANERA REGULAR PARA SU USO PRIVADO, como, por ejemplo, alimentos y bebidas, vivienda o alojamiento, vehículo para uso privado, servicio de transporte, estacionamiento gratuito, teléfono, vestimenta, servicios de guardería o sala cuna, leña u otro tipo de combustible de uso doméstico, bienes o servicios producidos por el empleador y otros similares. No incluya los elementos que le entregan exclusivamente para la realización de su trabajo.

- Anote el monto declarado en pesos
- Anote el monto en el receptor
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 88
- Si no contesta anote 99

Y3. Durante los últimos 12 meses, además de los ingresos ya declarados, ¿cuánto recibió por otros ingresos derivados de su ocupación principal?

Considere ingresos percibidos sólo en determinadas fechas del año o que tienen un carácter esporádico como ingresos por concepto de bonificaciones o aguinaldos y otras asignaciones especiales, gratificaciones, sueldo adicional, por sobre la remuneración mensual (décimo tercer mes) y otros.

- Anote el monto declarado en pesos
- Anote el monto en el receptor
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 88
- Si no contesta anote 99

→ Pasa a Y6

Y4. El mes pasado, ¿cuánto dinero retiró de su negocio o actividad para sus gastos propios o de su hogar? Incluya su propio sueldo si lo tiene.

- Anote el monto declarado en pesos
- Anote el monto en el receptor
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 88
- Si no contesta anote 99

Y5. El mes pasado, ¿cuánto retiró en productos de su negocio o actividad para consumo propio o de su hogar? Estime el monto que hubiera tenido que pagar por estos productos.

- Anote el monto declarado en pesos
- Anote el monto en el receptor
- Si no tuvo ingreso anote 0
- Si no sabe anote 88
- Si no contesta anote 99

N°	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

MÓDULO Y: INGRESOS

OCUPADOS (O1=1; O2=1; O3=1)		FAMILIARES NO REMUNERADOS (O10 =9), DESOCUPADOS O INACTIVOS (O4=1 ó 2)	TODAS LAS PERSONAS	
INGRESOS DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA		INGRESOS DEL TRABAJO DE FAMILIARES NO REMUNERADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS	OTROS INGRESOS DE ORIGEN PRIVADO	
<p>Y6. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total que usted recibió por otro u otros trabajos u ocupaciones, además de su ocupación principal? Considere ingresos en dinero y en especies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99 		<p>Y7. El mes pasado, ¿recibió algún sueldo o pago por trabajo, actividades o negocios que usted haya realizado ese mes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99 	<p>Y8. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por arriendos de propiedades urbanas o de maquinarias, animales o implementos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso a n o t e 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99 	<p>Y9. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por pensión de alimentos, dinero aportado por familiares o personas ajenas al hogar (residentes en el país o en exterior), o donaciones de instituciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso a n o t e 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99
N°	Y6	Y7	Y8	Y9
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

MÓDULO Y: INGRESOS

TODAS LAS PERSONAS

	OTROS INGRESOS DE ORIGEN PRIVADO	SUBSIDIOS O TRANSFERENCIAS DEL ESTADO	JUBILACIONES, PENSIONES Y MONTEPÍOS	
	<p>Y10. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto ingreso recibió por arriendos de propiedades agrícolas, arriendos por temporada, intereses por depósitos, dividendos por acciones o bonos financieros, o retiro de utilidades de empresas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99 	<p>Y11. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto ingreso recibió por alguno de los siguientes subsidios, bonos o aportes del Estado?</p> <p><i>Muestre tarjeta N°2</i></p> <p><i>Esta pregunta considera todos los subsidios y aportes del Estado que no se entregan mensualmente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99 	<p>Y12. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por alguno de los siguientes subsidios, bonos, pensión o aporte del Estado?</p> <p><i>Muestre tarjeta N°3</i></p> <p><i>Esta pregunta considera todos los subsidios y aportes del Estado de periodicidad mensual. En el caso de las pensiones, SOLO INCLUYA: Pensión Básica Solidaria de Vejez o Invalidez y Aporte Previsional Solidario de Vejez o Invalidez.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99 	<p>Y13. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por jubilación o pensión de vejez, pensión de invalidez, montepío o pensión de viudez o pensión de orfandad?</p> <p><i>Confirme que el monto reportado como jubilación no corresponda a Pensión Básica Solidaria (Vejez o Invalidez) ni otro tipo de aporte del Estado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anote el monto declarado en pesos • Anote el monto en el receptor • Si no tuvo ingreso anote 0 • Si no sabe anote 88 • Si no contesta anote 99
N°	Y10	Y11	Y12	Y13
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

MÓDULO V: VIVIENDA

Registre las respuestas en las casillas correspondientes

V1. ¿Cuántos dormitorios de uso exclusivo para dormir ocupa su hogar en esta vivienda?

Identifique los dormitorios de uso exclusivo para dormir utilizando un número correlativo de 1 a "n". Si no hay deje en blanco.

Total dormitorios de uso exclusivo

V2. Su hogar, ¿bajo qué situación ocupa la vivienda?

Marcar la alternativa que corresponda.

1. Propia pagada
2. Propia pagándose
3. Propia compartida (pagada) con otros hogares de la vivienda
4. Propia compartida (pagándose) con otros hogares de la vivienda
5. Arrendada con contrato
6. Arrendada sin contrato
7. Cedida por servicio o trabajo
8. Cedida por familiar u otro
9. Usufructo (sólo uso y goce)
10. Ocupación irregular (de hecho)
11. Poseedor irregular

Hora de término

		:		
--	--	---	--	--

CUESTIONARIO ADULTO

Hora de inicio

MÓDULO D: DESEMPEÑO

En esta sección quiero que reflexione acerca de los tipos de problemas que usted experimenta en su vida. Estos problemas pueden surgir debido a su condición de salud, al ambiente en el que usted vive, o a las actitudes o conductas de las personas que lo rodean. Para cada pregunta, por favor dígame qué tan problemático es para usted usando una escala de 1 a 5, en la que 1 significa nada problemático y 5 extremadamente problemático o no puede hacerlo.

Por favor al responder tenga en cuenta las personas que le ayudan, los medicamentos que tome y todos los dispositivos de apoyo que utilice, tales como lentes, audífonos, bastón, silla de ruedas, prótesis, elementos tecnológicos, entre otros. **ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA PARA MÓDULO D**

		1 Nada Proble mático	2	3	4	5 Extrema mente proble mático / No puede hacerlo	88 No sabe	99 No responde
D1	¿Qué tan problemático es para usted caminar un kilómetro?	1	2	3	4	5	88	99
D2	¿Qué tan problemático es para usted llegar a los lugares a donde quiere ir?	1	2	3	4	5	88	99
D3	¿Qué tan problemático es para usted asearse y vestirse?	1	2	3	4	5	88	99
D4	¿Qué tan problemático es para usted usar el baño?	1	2	3	4	5	88	99
D5	¿Qué tan problemático es para usted cuidar de su propia salud, comer de manera saludable, hacer ejercicio o tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5	88	99
D6	¿Qué tan problemático es para usted sentirse cansado y no tener suficiente energía?	1	2	3	4	5	88	99
D7	¿Qué tan problemático es para usted hacer frente a todas las cosas que usted tiene que hacer?	1	2	3	4	5	88	99
D8	¿Qué tan problemático es para usted recordar las cosas importantes que tiene que hacer en su vida diaria?	1	2	3	4	5	88	99
D9	¿Qué tan problemático es para usted hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar o sacar la basura?	1	2	3	4	5	88	99
D10	¿Qué tan problemático es para usted participar en actividades de la comunidad, como fiestas, eventos religiosos u otras actividades?	1	2	3	4	5	88	99
D11	¿Qué tan problemático es para usted utilizar servicios de transporte públicos o privados?	1	2	3	4	5	88	99
D12	<i>ENCUESTADOR: Si la persona encuestada no está trabajando o no recibe educación actualmente, seleccione la opción de respuesta 98, "No corresponde". Si es el caso, marcar acá "98".</i> ¿Qué tan problemático es para usted realizar las tareas que le solicitan en el trabajo o en la escuela?	1	2	3	4	5	88	99

MÓDULO C: CAPACIDAD Y CONDICIONES DE SALUD

Le he hecho muchas preguntas sobre distintos tipos de problemas que usted experimenta en su vida. Las próximas preguntas se refieren a dificultades que tal vez usted tenga para hacer ciertas actividades debido únicamente a su SALUD. Piense en los últimos 30 días, tomando en cuenta tanto los días buenos como los malos.

		1 Muy buena	2 Buena	3 Ni mala ni buena	4 Mala	5 Muy mala	88 No sabe	99 No responde
C1	Comenzaré con una pregunta acerca de su salud en general, incluyendo tanto su salud física como su salud mental. En general, ¿Cómo calificaría el estado de su salud hoy?	1	2	3	4	5	88	99
	Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayudan. Ahora quiero que me responda las siguientes preguntas utilizando una escala de 1 a 5, en la que 1 significa ninguna dificultad y 5 significa dificultad extrema o imposibilidad. En los últimos 30 días y sin tener en cuenta ningún tipo de ayuda: ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA MÓDULO C- CAPACIDAD Y CONDICIONES DE SALUD	1 Ninguna dificultad	2	3	4	5 Extrema dificultad /no puede hacerlo	88 No sabe	99 No responde
	Debido a su estado de salud...							
C2	¿Qué grado de dificultad tiene para ver [sin usar anteojos]?	1	2	3	4	5	88	99
C3	¿Qué grado de dificultad tiene para oír [sin usar audífono]?	1	2	3	4	5	88	99
C4	¿Qué grado de dificultad tiene para caminar o subir escalones?	1	2	3	4	5	88	99
C5	¿Qué grado de dificultad tiene para recordar cosas o concentrarse?	1	2	3	4	5	88	99
C6	¿Qué grado de dificultad tiene para asearse o vestirse?	1	2	3	4	5	88	99
C7	¿Qué grado de dificultad tiene para dormir debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5	88	99
C8	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer las tareas domésticas debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5	88	99

C9	¿Qué grado de dificultad tiene para participar en actividades de la comunidad, como fiestas, eventos religiosos u otras actividades?	1	2	3	4	5	88	99
C10	¿Qué grado de dificultad le ha generado en su vida sentirse triste, deprimido, preocupado o ansioso?	1	2	3	4	5	88	99
C11	¿Qué grado de dificultad ha tenido para llevarse bien con la gente cercana a usted, incluidos su familia y amigos?	1	2	3	4	5	88	99
C12	¿Qué grado de dificultad le ha generado en su vida sentir algún malestar o dolor físico?	1	2	3	4	5	88	99

Ahora le voy a preguntar por algunas enfermedades o condiciones de salud que usted podría presentar. ¿Tiene alguna de las siguientes? <i>ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA PARA MÓDULO C-ENFERMEDADES, y rodee con un círculo las siguientes preguntas. Si no declara enfermedades, pasa al siguiente módulo. Si no declara tener alguna enfermedad pase al siguiente módulo.</i>			<i>Pregunte sólo para las enfermedades que indica tener en la pregunta anterior</i>						
			a) ¿Le ha dicho alguna vez un médico (u otro profesional de la salud) que tiene [NOMBRE DE LA ENFERMEDAD / CONDICIÓN DE SALUD]?		b) En los últimos 12 meses, ¿Ha recibido algún medicamento para [NOMBRE DE LA ENFERMEDAD / CONDICIÓN DE SALUD]?		c) En los últimos 12 meses, ¿Ha recibido algún otro tratamiento, aparte de medicamento, para [NOMBRE ENFERMEDAD / CONDICIÓN DE SALUD]?		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
C13	Pérdida de Visión	1	2	1	2	1	2	1	2
C14	Pérdida de Audición	1	2	1	2	1	2	1	2
C15	Presión arterial alta (hipertensión)	1	2	1	2	1	2	1	2
C16	Cardiopatía, enfermedad coronaria,	1	2	1	2	1	2	1	2
C17	Accidente cerebrovascular (p. ej., hemorragia cerebral)	1	2	1	2	1	2	1	2
C18	Diabetes	1	2	1	2	1	2	1	2
C19	Artritis, Artrosis	1	2	1	2	1	2	1	2
C20	Bronquitis crónica o enfisema pulmonar	1	2	1	2	1	2	1	2
C21	Asma, alergia respiratoria	1	2	1	2	1	2	1	2
C22	Dolores de espalda, problemas de discos	1	2	1	2	1	2	1	2
C23	Depresión	1	2	1	2	1	2	1	2
C24	Ansiedad	1	2	1	2	1	2	1	2
C25	Amputación	1	2	1	2	1	2	1	2
C26	Traumatismo Encuestador: Los traumatismos se relacionan con accidentes de tránsito o sucesos o accidentes ocurridos en el hogar o la escuela que causaron lesiones corporales que limitan las actividades.	1	2	1	2	1	2	1	2
C27	Acúfenos o tinnitus (campanilleo, pitido, rugido o zumbido en los oídos que dura al menos 5 minutos, en los últimos 12 meses)	1	2	1	2	1	2	1	2
C28	Otros	1	2	1	2	1	2	1	2
C29	Si marcó Otros, ¿Cuáles? <i>Escribir literalmente lo que dice</i>								

MÓDULO FA: FACTORES AMBIENTALES

Ahora le voy a realizar algunas preguntas acerca del ambiente que le rodea. Me gustaría saber si el entorno que lo rodea le facilita o le dificulta las cosas que usted necesita o quiere hacer. Por favor responda a las siguientes preguntas usando una escala de 1 a 5, donde 1 significa que el ambiente se lo facilita mucho y 5 significa que el ambiente se lo dificulta mucho.		1 Facilita mucho	2	3	4	5 Dificulta mucho	88 No sabe	99 No responde
ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA PARA MÓDULO FA.								
FA1	¿En qué medida los espacios públicos para socializar y hacer vida en comunidad le hacen fácil o difícil realizar las actividades que necesita hacer en ellos?	1	2	3	4	5	88 99	
FA2	¿En qué medida las tiendas, comercios, los bancos y la oficina de correo de su vecindario le hacen fácil o difícil realizar las actividades que usted quiere o necesita hacer en ellos?	1	2	3	4	5	88 99	
FA3	¿En qué medida los medios de transporte facilitan o dificultan realizar las actividades que quiere o necesita hacer con ellos?	1	2	3	4	5	88 99	
FA4	¿En qué medida su vivienda, incluido el baño, le hace fácil o difícil realizar las actividades que quiere o necesita hacer en ella?	1	2	3	4	5	88 99	
Voy a hacerle algunas preguntas generales acerca de sus relaciones. Quisiera que responda las siguientes preguntas en una escala del 1 al 5, en la que 1 significa "muy fácil" y 5 significa "muy difícil".		1 Muy fácil	2	3	4	5 Muy difícil	88 No sabe	99 No corresponde
ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA PARA MÓDULO FA.								
FA5	Si necesita ayuda, ¿En qué medida le resulta fácil o difícil conseguir ayuda de un pariente cercano (incluido su cónyuge)?	1	2	3	4	5	88 99	
FA6	Si necesita ayuda, ¿En qué medida le resulta fácil o difícil conseguir ayuda de amigos o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5	88 99	
FA7	Si necesita ayuda, ¿en qué medida le resulta fácil o difícil conseguir ayuda de vecinos?	1	2	3	4	5	88 99	
Para responder estas preguntas, utilice una escala del 1 al 5, en la que 1 significa "para nada" y 5 significa "totalmente".		1 No, Para nada	2	3	4	5 Sí, completam ente	88 No sabe	99 No corresponde
FA8	¿Puede tomar sus propias decisiones en relación con su vida diaria? Por ejemplo, a dónde ir, qué hacer, qué comer	1	2	3	4	5	88 99	
FA9	¿Siente que las demás personas lo respetan? Por ejemplo, ¿siente que lo valoran como persona y que escuchan lo que tiene que decir?	1	2	3	4	5	88 99	

MÓDULO AD: ASISTENCIA PERSONAL Y DISPOSITIVOS DE AYUDA

AD1	Debido a su salud, ¿Tiene usted alguien que lo ayuda con sus actividades diarias dentro o fuera de casa?	1 Sí	2 No	Si la respuesta es No , salte a la pregunta AD3			
AD2	¿Cree que necesitaría ayuda adicional para realizar sus actividades diarias dentro o fuera de casa?	1 Sí	2 No	Salte a la pregunta AD4			
AD3	¿Cree que necesitaría alguien que lo ayude?	1 Sí	2 No				
AD4	¿Utiliza actualmente alguno de estos productos asistenciales? ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA DE DISPOSITIVOS DE AYUDA y rodee con un círculo todos los dispositivos mencionados.	Si la respuesta es 1, salte a la pregunta AD6					
	1) Ninguno 2) Bastones o palos 3) Muletas (axilares o codo) 4) Órtesis para miembro inferior, miembro superior o columna vertebral 5) Cojines de alivio de presión 6) Prótesis, miembro inferior 7) Andadores de ruedas 8) Bipedestador (ajustable)	9) Calzado terapéutico; diabético, neuropático, ortopédico 10) Triciclos 11) Andadores 12) Silla de ruedas 13) Gafas, anteojos o lentes para: Baja visión, corta distancia, larga distancia, filtros y protección 14) Bastón blanco 15) Audífonos 16) Otros					
AD5	¿Además de estos, usted piensa que necesitaría otros productos asistenciales? ¿Cuáles? ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA DE DISPOSITIVOS DE AYUDA y rodee con un círculo todos los dispositivos mencionados.	Termina la CUESTIONARIO ADULTOS					
	1) Ninguno 2) Bastones o palos 3) Muletas (axilares o codo) 4) Órtesis para miembro inferior, miembro superior o columna vertebral 5) Cojines de alivio de presión 6) Prótesis, miembro inferior 7) Andadores de ruedas 8) Bipedestador (ajustable)	9) Calzado terapéutico; diabético, neuropático, ortopédico 10) Triciclos 11) Andadores 12) Silla de ruedas 13) Gafas, anteojos o lentes para: Baja visión, corta distancia, larga distancia, filtros y protección 14) Bastón blanco 15) Audífonos 16) Otros					

AD6	Usted me dijo que no utilizaba ningún producto asistencial. ¿Cree usted que necesitaría alguno de estos? <i>ENCUESTADOR: Muestre la TARJETA DE DISPOSITIVOS DE AYUDA y rodee con un círculo todos los dispositivos mencionados.</i>	
1) Ninguno 2) Bastones o palos 3) Muletas (axilares o codo) 4) Órtesis para miembro inferior, miembro superior o columna vertebral 5) Cojines de alivio de presión 6) Prótesis, miembro inferior 7) Andadores de ruedas 8) Bipedestador (ajustable)	9) Calzado terapéutico; diabético, neuropático, ortopédico 10) Triciclos 11) Andadores 12) Silla de ruedas 13) Gafas, anteojos o lentes para: Baja visión, corta distancia, larga distancia, filtros y protección 14) Bastón blanco 15) Audífonos 16) Otros	

MÓDULO S: SERVICIOS Y PARTICIPACIÓN

S1. ¿Recibió atención de salud en los últimos 12 meses?	
Sí	No
1	2
→Pasa a S2	→Pasa a S3

S2. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de salud recibió atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta Servicios y participación, Adulto A</i>			
1	Centro de Salud Familiar CESFAM o consultorio (Municipal)	8	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
2	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	9	Centro de salud mental privado
3	COSAM (Centro de salud mental comunitaria)	10	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
4	SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)	11	Servicio de urgencia de clínica privada
5	Posta (servicio de urgencia de hospital público)	12	Mutual de Seguridad
6	Hospital público o del SNSS	13	Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
7	CCR, Centro Comunitario de Rehabilitación	77	Otro
		88	No sabe/No recuerda

S3. En los últimos 12 meses, ¿recibió algún servicio de rehabilitación?	
Sí	No
1	2
→Pasa a S4	→Pasa a S7

S4. ¿Con qué frecuencia usted recibió el servicio de rehabilitación en últimos 12 meses? <i>Lea las alternativas</i>				
Diaria	Semanal	Mensual	Semestral	Anual
1	2	3	4	5

S5. ¿Con qué frecuencia usted recibió el servicio de rehabilitación en últimos 12 meses? <i>Muestre tarjeta Servicios y participación, Adulto C</i>			
1	CESFAM o Consultorio General (Municipal o SNSS)	7	Centro de salud mental privado
2	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	8	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
3	COSAM (Centro de salud mental comunitaria)	9	Mutual de Seguridad
4	Hospital público o del SNSS	10	Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
5	CCR, Centro Comunitario de Rehabilitación	77	Otro
6	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado	88	No sabe/No recuerda

S6. Pensando en los últimos 12 meses: ¿Quién ha sido el prestador de rehabilitación que lo ha atendido de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta Servicios y participación, Adulto D</i>			
1	Médico especialista (pediatra, traumatólogo/a, ginecólogo/a, psiquiatra, oftalmólogo/a)	4	Fonoaudiólogo/a
2	Kinesiólogo/a	5	Terapeuta Ocupacional
3	Psicólogo/a	6	Especialista en medicina homeopática, alternativa o indígena
		77	Otro

S7. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones permanentes y/o de larga duración? <i>Lea alternativas de la 1 a la 6. Marcar la principal.</i>			
1	Dificultad física y/o movilidad	4	Dificultad mental o intelectual
2	Mudez o dificultad en el habla	5	Sordera o dificultad para oír aun usando audifono
3	Dificultad psiquiátrica	6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes
		7	No tiene ninguna condición de larga duración

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN							
S8	En los últimos 12 meses, ¿Se ha sentido discriminado/a? (es decir, se le ha impedido hacer algo, se le ha molestado o se le ha hecho sentir inferior). <i>Lea alternativas</i>	Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre	No Sabe	No Responde
		1	2	3	4	88	99

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL				Acción a realizar según respuesta	
S9.a	En los últimos 12 meses, ¿Ha participado en alguna de las siguientes organizaciones sociales? Muestre tarjeta Servicios y participación, Adulto E y seleccione todas las alternativas que corresponda	Espacios de Participación			S9.b ¿Participa como dirigente u organizador/a?
				Sí	No
		1	Organización de vecinos (Juntas de Vecinos, Unidad Comunal)		Pasa S11
		2	Centro de alumnos/as, centro de Padres y Apoderados		
		3	Grupo de voluntariado		
		4	Partido político		
		5	Colegio profesional/Asociación Gremial/Sindicato		
		6	Organización/agrupación artística y/o cultural (grupo teatro/danza/música)		
		7	Asociación productiva (de microempresarios/as, agrícolas, de pescadores)		
		8	Grupo religioso (movimientos pastorales, grupos de iglesia)		
		9	Asociación o comunidad indígena		
		10	Club deportivo (grupo de personas que se organizan para practicar un deporte)		
		11	Organización de adulto mayor		
		12	Organización de o para personas con discapacidad		
		13	Grupo de mujeres/ Centros de Madres		
		14	Asociación o agrupación juvenil (tribu urbana, grupo virtual, barra de fútbol)		
		15	Organización, agrupación o movimiento que defiende una causa o ideal (ecológica, derechos humanos, derechos de minorías sexuales, gratuidad educación, etc.)		
		77	Otro		
		78	No Participa	Pasa a S10	
		88	No Sabe	Pasa a S11	
		99	No Responde		
Responde sólo si no participa en ninguna organización (S9.a = 78)					
S10. ¿Cuál es la principal razón por la que no participa en ninguna organización? <i>Lea alternativas y seleccione sólo la principal</i>					
1	No tiene tiempo	6	Ha tenido problemas de salud		
2	No le interesa	7	Falta de recursos económicos		
3	No sirve para nada	8	No existen		
4	No sabe cómo participar	9	Líderes de organizaciones no se encuentran lo suficientemente capacitados		
5	No tiene quién lo acompañe	99	No responde		

S11. ¿Votó en las últimas elecciones municipales del año 2016?	
Sí	No
1	2
	Pasa a S13

Responde sólo si votó en las últimas elecciones (S11 = 1)			
S12. ¿Enfrentó alguna de las siguientes dificultades para ejercer su derecho a voto? Lea alternativas y seleccione todas las que correspondan			
1	Obstáculos físicos en lugares de votación	4	Dificultad de traslado a los lugares de votación
2	Falta de apoyo del personal del lugar de votación	5	Otra
3	Falta de apoyo familiar, cuidador u otro que me acompañara	6	No, ninguna

USO DEL TIEMPO LIBRE: CULTURA, DEPORTE Y RECREACIÓN				
S13	Durante los últimos 6 meses, ¿Realizó o asistió a las siguientes actividades o lugares? Muestre tarjeta Servicios y participación, Adulto F y seleccione todas las alternativas que correspondan	1	Al cine	Pasa a S15
		2	Al teatro	
		3	A espectáculos/recitales de música popular, clásica, lírica, ballet, etc.	
		4	A actividades en la Casa de la Cultura Violeta Parra	
		5	A actividades organizadas por la Municipalidad de Cerro Navia	
		6	A museos o exposiciones	
		7	A eventos deportivos (campeonatos, etc.)	
		8	A festividades o eventos locales (desfiles, festivales, etc.)	
		9	A parques/jardines	
		10	A unas vacaciones	
		11	A actividades al aire libre (acampar, equitación, visitas turísticas, otras actividades al aire libre)	
		12	A eventos de clubes, asociaciones sociales u otros (club deportivo, partido político, centro de madres, etc.)	
		13	A festividades o actividades religiosas	
		14	A reuniones sociales o familiares	
		15	A restaurantes	
		16	A bares, discotecas, pubs, o salió de fiesta	
		17	A vitrinear (tiendas, persas, malls, mercados u otros)	
		18	De paseo (dentro o fuera de su localidad)	
		19	Hobbies (pintura, lectura, fotografía, trabajos manuales, talleres, etc.)	
78	Ninguna	Pasa a S14		

Responde sólo si no Realizó o asistió a ninguna actividad o lugar (S13 = 78)			
S14. ¿Cuál es la principal razón por la que no realizó o asistió a alguna actividad o lugar en los últimos 6 meses? Lea alternativas y seleccione sólo la principal			
1	Falta de infraestructura para la realización de las actividades	6	Porque su salud no se lo permite
2	No tiene información suficiente	7	No le interesa o no le motiva
3	Inexistencia de suficientes espacios	8	No tuvo tiempo
4	Inexistencia de profesionales capacitados para apoyar las actividades	9	No tiene lugares donde hacerlo
5	Inexistencia de equipamiento adecuado	10	No le alcanza el dinero para hacerlo
		77	Otra

S15. ¿Se encuentra usted inscrito/a en el Registro Nacional de Discapacidad?	
Sí	No
1	2

Termina la CUESTIONARIO ADULTOS				
Hora de término			:	

CUESTIONARIO INFANTIL

Hora de inicio :

Esta sección debe completarse pensando en el menor de edad de 2 a 17 años del hogar seleccionado al azar. Por favor reemplace [nombre] por el nombre real del menor de edad.

Registre el número de línea del menor de edad que ha sido recogido en el listado de los integrantes del hogar []

Registre el número de línea de la persona que contesta por el niño(a) en el listado de los integrantes del hogar []

MÓDULO DESEMPEÑO

En esta sección quiero que reflexione acerca de los tipos de problemas que [NOMBRE] podría experimentar en su vida. Estos problemas pueden surgir debido a su condición de salud, al ambiente en el que usted vive, o a las actitudes o conductas de las personas que lo rodean. Para cada pregunta, por favor dígame que tan problemático ha sido para él/ella realizar las siguientes actividades, usando una escala de 1 a 5, en la que 1 significa nada problemático y 5 extremadamente problemático o no puede hacerlo.

Por favor al responder tenga en cuenta las personas que ayudan a [NOMBRE], los medicamentos que toma y todos los dispositivos de apoyo que utiliza, tales como lentes, audífonos, bastón, silla de ruedas, prótesis, elementos tecnológicos, entre otros.

Muestre tarjeta de Desempeño D, Infantil

		1 Nada problemático	2 Levemente problemático	3 Moderada- mente problemático	4 Severamente problemático	5 Extremada- mente problemático / No puede hacerlo	88 No sabe	99 No responde		
MOVILIDAD	En los últimos 30 días y comparado con otros niños de la misma edad, ¿qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N1	caminar?		1	2	3	4	5	88	99
	N2	manipular objetos pequeños o abrir un envase?		1	2	3	4	5	88	99
VISIÓN	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N3	ver cosas de lejos?		1	2	3	4	5	88	99
AUDICIÓN	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N4	oír?		1	2	3	4	5	88	99
DOLOR	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N5	sentir algún dolor físico, por ejemplo, dolor de espalda, dolor de estómago o dolor de cabeza?		1	2	3	4	5	88	99
ENERGÍA Y MOTIVACIÓN	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N6	no tener suficiente energía?		1	2	3	4	5	88	99
	N7	tener demasiada energía?		1	2	3	4	5	88	99
RESPIRACIÓN	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N8	tener sensación de falta de aire?		1	2	3	4	5	88	99
EMOCIÓN	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N9	sentirse triste, bajo/a de ánimo o deprimido/a?		1	2	3	4	5	88	99
	N10	sentir preocupación, nerviosismo o ansiedad?		1	2	3	4	5	88	99
CUIDADO PERSONAL	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...									
	N11	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.								
		asearse o vestirse?		1	2	3	4	5	88	99

Recuerde que debe tener en cuenta las personas que le ayudan, los medicamentos que tome y todos los dispositivos de apoyo que utilice [NOMBRE NIÑO/A], tales como lentes, audífonos, bastón, silla de ruedas, prótesis, elementos tecnológicos, entre otros.															
		1 Nada problemático	2 Levemente problemático	3 Moderada- mente problemático	4 Severamente problemático	5 Extremada- mente proble- mático / No puede hacerlo	88 No sabe	99 No responde							
COMPORTEMIENTO	En los últimos 30 días y comparado con otros niños de la misma edad, ¿qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...														
	N12	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 4 años. haber mordido o golpeado a otros niños o adultos?							1	2	3	4	5	88	99
	N13	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. controlar su comportamiento?							1	2	3	4	5	88	99
	N14	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. llevarse bien con los niños de su misma edad?							1	2	3	4	5	88	99
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	¿Qué tan problemático ha sido...														
	N15	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 4 años. para [NOMBRE NIÑO/A] Entender lo que usted le dice?							1	2	3	4	5	88	99
	N16	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 4 años. para usted entender lo que [NOMBRE NIÑO/A] quiere?							1	2	3	4	5	88	99
	N17	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. para [NOMBRE NIÑO/A] entender a otra gente?							1	2	3	4	5	88	99
N18	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. para [NOMBRE NIÑO/A] ser entendido?							1	2	3	4	5	88	99	
APRENDIZAJE	Comparado con otros niños de la misma edad, ¿qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...														
	N19	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 3 años. aprender nombres de objetos cotidianos?							1	2	3	4	5	88	99
	N20	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 3 y 17 años. aprender a hacer cosas nuevas?							1	2	3	4	5	88	99
N21	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. completar una tarea?							1	2	3	4	5	88	99	
AFRONTAR EL CAMBIO	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...														
N22	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. hacer cambios de planes o cambiar su rutina?							1	2	3	4	5	88	99	
ESTUDIOS	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...														
	N23	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. hacer las tareas, tal y como se le piden en la escuela?							1	2	3	4	5	88	99
JUEGO	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...														
	N24	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 5 años. jugar con juguetes o con objetos de uso doméstico?							1	2	3	4	5	88	99
	N25	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 12 años. jugar con otros niños/as?							1	2	3	4	5	88	99
N26	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 13 y 17 años. hacer actividades con otros niños/as?							1	2	3	4	5	88	99	
VIDA EN COMUNIDAD	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...														
	N27	Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años. participar en actividades en comunidad, como fiestas o eventos deportivos?							1	2	3	4	5	88	99

MÓDULO: CAPACIDAD Y CONDICIÓN DE SALUD

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener [NOMBRE NIÑO/A] para realizar ciertas actividades, debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayudan.

Quiero que me responda las siguientes preguntas utilizando una escala de 1 a 5, en la que 1 significa ninguna dificultad y 5 significa dificultad extrema o imposibilidad.

En los últimos 30 días y sin tener en cuenta ningún tipo de ayuda:

Muestre tarjeta de Capacidad C, Infantil 1

	1 Ninguna	2 Leve	3 Moderada	4 Severa	5 Extrema / imposibilidad	88 No sabe	99 No responde	
Debido a la salud de [NOMBRE NIÑO/A], ¿qué grado de dificultad ha tenido para...								
N28	ver sin lentes?	1	2	3	4	5	88	99
N29	escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos?	1	2	3	4	5	88	99
N30	caminar?	1	2	3	4	5	88	99
N31	entenderle a usted y a otros?	1	2	3	4	5	88	99
N32	aprender?	1	2	3	4	5	88	99
N33	controlar su comportamiento?	1	2	3	4	5	88	99
N34	completar una tarea?	1	2	3	4	5	88	99
N35	llevarse bien con otros niños?	1	2	3	4	5	88	99

ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD

Ahora le voy a preguntar por algunas enfermedades o condiciones de salud que usted podría presentar. ¿Tiene [NOMBRE NIÑO/A] alguna de las siguientes?

Muestre tarjeta de Capacidad C, Infantil 2

Marque sí o no según corresponda. Si el encuestado declara tener alguna enfermedad, responde a, b y c. Si no declara tener alguna enfermedad pase al siguiente módulo.

Pregunte sólo para las enfermedades que indica tener en la pregunta anterior

a) ¿Le ha dicho alguna vez un médico (u otro profesional de la salud) que [NOMBRE NIÑO/A] tiene [NOMBRE DE LA ENFERMEDAD / CONDICIÓN DE SALUD]?

b) En los últimos 12 meses, ¿[NOMBRE NIÑO/A] ha recibido algún medicamento para [NOMBRE DE LA ENFERMEDAD / CONDICIÓN DE SALUD]?

c) En los últimos 12 meses, ¿[NOMBRE NIÑO/A] ha recibido algún otro tratamiento, aparte de medicamento, para [NOMBRE ENFERMEDAD / CONDICIÓN DE SALUD]?

		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
N36	Asma o enfermedad alérgica respiratoria	1	2	1	2	1	2	1	2
N37	Enfermedad al corazón (enfermedad cardíaca, coronaria o ataque al corazón)	1	2	1	2	1	2	1	2
N38	Enfermedad renal crónica	1	2	1	2	1	2	1	2
N39	Cáncer	1	2	1	2	1	2	1	2
N40	Diabetes	1	2	1	2	1	2	1	2
N41	Epilepsia	1	2	1	2	1	2	1	2
N42	Síndrome de Asperger	1	2	1	2	1	2	1	2
N43	Parálisis cerebral	1	2	1	2	1	2	1	2
N44	Disrafia espinal (mielomenigocele/espina bífida)	1	2	1	2	1	2	1	2
N45	Fibrosis quística	1	2	1	2	1	2	1	2
N46	Enfermedad Neuromuscular (Duchenne, esclerosis lateral amiotrófica ELA)	1	2	1	2	1	2	1	2
N47	Migraña (dolores de cabeza recurrentes)	1	2	1	2	1	2	1	2
N48	Artritis (Por ejemplo: artritis idiopática juvenil)	1	2	1	2	1	2	1	2
N49	Lesión medular (paraplejía, tetraplejía)	1	2	1	2	1	2	1	2
N50	Pérdida, ausencia o malformación de brazos, piernas o dedos	1	2	1	2	1	2	1	2
N51	Síndrome alcohólico fetal	1	2	1	2	1	2	1	2
N52	Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)	1	2	1	2	1	2	1	2
N53	Trastorno de déficit Atencional (ADD) o Déficit de atención e Hiperactividad (ADHD)	1	2	1	2	1	2	1	2
N54	Síndrome de Down	1	2	1	2	1	2	1	2
N55	Sordera	1	2	1	2	1	2	1	2
N56	Pérdida de la audición	1	2	1	2	1	2	1	2
N57	Ceguera	1	2	1	2	1	2	1	2
N58	Pérdida de la visión	1	2	1	2	1	2	1	2
N59	Depresión	1	2	1	2	1	2	1	2
N60	Trastornos de ansiedad	1	2	1	2	1	2	1	2
N61	Autismo (trastorno del espectro autista)	1	2	1	2	1	2	1	2
N62	Problemas del sueño (apnea del sueño, insomnio recurrente)	1	2	1	2	1	2	1	2
N63	Otro problema de salud crónico (persistente):	1	2	1	2	1	2	1	2

MÓDULO: FACTORES AMBIENTALES

Ahora le voy a realizar algunas preguntas acerca del ambiente que rodea a [NOMBRE NIÑO/A].

		Sí	No
N64	Debido a su salud, ¿Utiliza [NOMBRE NIÑO/A] algún elemento o dispositivo de ayuda para moverse por el entorno o para su cuidado personal, como, por ejemplo, bastón, muletas, sillas de ruedas o prótesis?	1	2
N65	Debido a problemas de visión, ¿Utiliza [NOMBRE NIÑO/A] algún elemento o dispositivo de ayuda, por ejemplo, lentes?	1	2
N66	Debido a problemas de audición, ¿Utiliza [NOMBRE NIÑO/A] algún elemento o dispositivo de ayuda para comunicarse mejor?	1	2
Debido a su salud, ¿utiliza [NOMBRE NIÑO/A] dispositivos o recursos de apoyo que le faciliten...			
N67	¿Estar en la escuela, como tener tiempo adicional para los exámenes o aulas accesibles?	1	2
N68	¿Estar en su casa, como por ejemplo rampas, soportes de sujeción o baños adaptados?	1	2
N69	¿Participar en actividades fuera de la casa?	1	2

ASISTENCIA PERSONAL

N70. Debido a la salud de [NOMBRE NIÑO/A], ¿tiene a alguien que lo ayude con sus actividades diarias en su hogar o fuera de él, incluyendo familiares y amigos?

Sí	No
1	2
→ Pasa en N71	→ Pasa a N79

N71. ¿Quién es la principal persona que le presta estos apoyos a [NOMBRE NIÑO/A] en su vida diaria?

Escriba nombre de pila

N72. ¿[NOMBRE CUIDADOR/A], reside en el hogar?

Sí	No
1	2
<i>Identifique y anote el número de línea de la persona en el RPH</i>	
→ Pasa a N75	→ Pasa a N73

N73. ¿Cuál es la edad de [NOMBRE CUIDADOR/A]?

Anote edad en años

N74. ¿Cuál es el sexo de [NOMBRE CUIDADOR/A]?

Pregunte sólo si no es evidente

Hombre	Mujer
1	2

N75. ¿Qué tipo de relación tiene [NOMBRE CUIDADOR/A] con [NOMBRE NIÑO/A]?

Lea alternativas

1	Padres / suegros	5	Otro pariente
2	Abuelo/a	6	Vecino/a
3	Hermano/a, cuñado/a	7	Amigo/a
4	Cónyuge o conviviente	8	Servicio doméstico, servicios personales o de salud
		77	Otra

N76. ¿Qué tipo de tareas realiza [NOMBRE CUIDADOR/A]?

Lea alternativas y seleccione todas las que corresponda

1	Le da de comer o le ayuda a hacerlo	5	Lo asiste en actividades fuera del hogar
2	Lo/a baña, asea, arregla o le ayuda a hacerlo	6	Lo acompaña a citas médicas u otras atenciones en salud
3	Le suministra medicamentos	7	Está pendiente durante el día y la noche
4	Le realiza terapias de rehabilitación o tratamiento	77	Otra. Especifique

N77. ¿[NOMBRE CUIDADOR/A] recibe una remuneración por los servicios entregados?

Sí	No
1	2

N78. Usted me dijo que hay personas que ayudan a [NOMBRE NIÑO/A]. ¿Cree usted que necesita ayuda adicional con sus actividades diarias en su hogar o fuera de él?	
Sí	No
1	2
→ Pasa a N80	

N79. ¿Cree que [NOMBRE NIÑO/A] necesita a alguien que le ayude?	
Sí	No
1	2

MÓDULO: SERVICIOS Y PARTICIPACIÓN

N80. ¿Recibió [NOMBRE NIÑO/A] atención de salud en los últimos 12 meses?	
Sí	No
1	2
→ Pasa a N81	→ Pasa a N82

N81. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de salud recibió [NOMBRE NIÑO/A] atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta de Servicios y Participación S, Infantil 1</i>			
1	Centro de Salud Familiar CESFAM o consultorio (Municipal)	8	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
2	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	9	Centro de salud mental privado
3	COSAM (Centro de salud mental comunitaria)	10	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
4	SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)	11	Servicio de urgencia de clínica privada
5	Posta (servicio de urgencia de hospital público)	12	Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
6	Hospital público o del SNSS	77	Otro
7	CCR, Centro Comunitario de Rehabilitación	88	No sabe/No recuerda

N82. En los últimos 12 meses, ¿recibió algún servicio de rehabilitación?	
Sí	No
1	2
→ Pasa a N83	→ Pasa a N86

N83. ¿Con qué frecuencia usted recibió el servicio de rehabilitación en últimos 12 meses? <i>Lea las alternativas</i>				
Diaria	Semanal	Mensual	Semestral	Anual
1	2	3	4	5

N84. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de rehabilitación recibió atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta de Servicios y Participación S, Infantil 3</i>			
1	CESFAM o Consultorio General (Municipal o SNSS)	6	CCR, Centro Comunitario de Rehabilitación
2	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	7	Centro de salud mental privado
3	COSAM (Centro de salud mental comunitaria)	8	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
4	Hospital público o del SNSS	9	Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
5	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado	77	Otro
		88	No sabe/No recuerda

N85. Pensando en los últimos 12 meses: ¿Quién ha sido el prestador de rehabilitación que lo ha atendido de forma más frecuente? Muestre tarjeta de Servicios y Participación S, Infantil 4			
1	Médico especialista (pediatra, traumatólogo/a, ginecólogo/a, psiquiatra, oftalmólogo/a)	4	Fonoaudiólogo/a
2	Kinesiólogo/a	5	Terapeuta Ocupacional
3	Psicólogo/a	6	Especialista en medicina homeopática, alternativa o indígena
		77	Otro

N86. ¿Tiene [NOMBRE NIÑO/A] alguna de las siguientes condiciones permanentes y/o de larga duración? Lea alternativas de la 1 a la 6. Marcar hasta 3 opciones.			
1	Dificultad física y/o movilidad	4	Dificultad mental o intelectual
2	Mudez o dificultad en el habla	5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífono
3	Dificultad psiquiátrica	6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes
		7	No tiene ninguna condición de larga duración

Responde sólo si estudia en nivel desde Pre-kínder a enseñanza media. N87. ¿Participa / participó en algún Programa de Integración Escolar (PIE)?	
Sí	No
1	2
N88. ¿[NOMBRE NIÑO/A] se encuentra usted inscrito/a en el Registro Nacional de Discapacidad?	
Sí	No

Por favor responder las siguientes preguntas en una escala del 1 al 5. Donde 1 es muy fácil y 5 muy difícil.		1 muy fácil	2	3	4	5 muy difícil	No Aplica 98
N89	¿Cuánto facilita o dificulta el aprendizaje de [NOMBRE NIÑO/A] las condiciones de su establecimiento educacional?	1	2	3	4	5	98
N90	¿Cuánto facilita o dificultan los espacios recreacionales (plaza, canchas, juegosa, otros) dónde [NOMBRE NIÑO/A] asiste, para encontrarse con otros niños/as o participar en actividades comunitarias?	1	2	3	4	5	98
N91	¿Cuánto facilita o dificulta el transporte que [NOMBRE NIÑO/A] necesita o quiere utilizar para movilizarse?	1	2	3	4	5	98
N92	¿La vivienda, incluido el baño, facilita o dificulta a [NOMBRE NIÑO/A] a vivir allí?	1	2	3	4	5	98
N93	¿Cuánto facilitan o dificultan otros niños/as o adolescentes, el que [NOMBRE NIÑO/A] se sienta respetado/a?	1 Facilita mucho	2	3	4	5 Dificulta mucho	98

USO DEL TIEMPO LIBRE: CULTURA, DEPORTE Y RECREACIÓN			
N94	Durante los últimos 6 meses, ¿[NOMBRE NIÑO/A] realizó o asistió a las siguientes actividades o lugares? Muestre tarjeta Muestre tarjeta de Servicios y Participación S, Infantil 5 y seleccione todas las alternativas que correspondan	1	Al cine
		2	Al teatro
		3	A espectáculos/recitales de música popular, clásica, lírica, ballet, etc.
		4	A actividades en la Casa de la Cultura Violeta Parra
		5	A actividades organizadas por la Municipalidad de Cerro Navia
		6	A museos o exposiciones
		7	A eventos deportivos (campeonatos, etc.)
		8	A festividades o eventos locales (desfiles, festivales, etc.)
		9	A parques/jardines
		10	A unas vacaciones
		11	A actividades al aire libre (acampar, equitación, visitas turísticas, otras actividades al aire libre)
		12	A festividades o actividades religiosas
		13	A reuniones sociales o familiares
		14	A restaurantes
		15	De paseo (dentro o fuera de su localidad)
16	Hobbies (pintura, lectura, fotografía, trabajos manuales, talleres, etc.)		
78	Ninguna		

MÓDULO AYUDAS TÉCNICAS

AT1. Debido a su salud, ¿[NOMBRE] utiliza algunos de los ¿Siguiendo dispositivos o recursos de apoyo que le permitan estudiar mejor? Registre con una equis (X) el o los que correspondan	
1. Lentes	
2. Audífonos	
3. Implante coclear	
4. Silla de ruedas	
5. Muletas o bastones	
6. Prótesis	
7. Alimentación por sondas	
8. Correctores ortográficos portátiles	
9. Equipos de grabación	
10. Libros audibles	
11. Organizador de bolsillo	
12. Computador en el hogar	
13. Escáner o una impresora	
14. Software para chequear ortografía o gramática	
15. Software de reconocimiento de voz	
16. Software de herramientas de organización	
17. Computador portátil o notebook	
18. Aulas, baños y residencias accesibles	
19. Establecimientos accesibles, con exclusión de las residenciales	
20. Transporte gratuito accesible	
21. Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lengua de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio-lector	
22. Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes	
23. Otro, ¿Cuál?	
24. Ninguno	

AT2. Además de los recursos que utiliza [NOMBRE], ¿cree usted que necesitaria algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan estudiar mejor debido a su salud? Registre con una equis (X) el o los que correspondan	
1. Lentes	
2. Audífonos	
3. Implante coclear	
4. Silla de ruedas	
5. Muletas o bastones	
6. Prótesis	
7. Alimentación por sondas	
8. Correctores ortográficos portátiles	
9. Equipos de grabación	
10. Libros audibles	
11. Organizador de bolsillo	
12. Computador en el hogar	
13. Escáner o una impresora	
14. Software para chequear ortografía o gramática	
15. Software de reconocimiento de voz	
16. Software de herramientas de organización	
17. Computador portátil o notebook	
18. Aulas, baños y residencias accesibles	
19. Establecimientos accesibles, con exclusión de las residenciales	
20. Transporte gratuito accesible	
21. Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lengua de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio-lector	
22. Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes	
23. Otro, ¿Cuál?	
24. Ninguno	

Termina la CUESTIONARIO INFANTIL					
Hora de término			:		

