



LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

Decreto Ley No. 7 de 25 Febrero 1960

VIVIENDA No.

PERSONA No.

Hora de Inicio: _____

Hora de Finalización: _____

ENSCAVI 2007

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La información suministrada es estrictamente confidencial, anónima y su participación es voluntaria. Los datos obtenidos en ningún momento revelarán la ubicación de las personas o familias.

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Conocer la percepción de la población residente en Panamá sobre su salud y calidad de vida, caracterizando algunos factores protectores y de riesgo que la condicionan o determinan.

Formular políticas y acciones que contribuyan a mejorar los servicios de salud a la población residente en el país

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

1. Provincia o Comarca: _____
2. Distrito: _____
3. Corregimiento: _____
4. Lugar Poblado o Barriada: _____
5. Calle o Avenida (No. o Nombre): _____
6. Edificio o Casa (No. o Nombre): _____
7. Cuarto o Apartamento (No.): _____
8. Nº SEGMENTO:
- Prov. Dist Corr Área Estra U P M

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENTREVISTADO ENTREVISTAR ÚNICAMENTE A PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS

1. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?:
2. ¿SEXO?: H 1 M 2
3. ¿ES USTED CIUDADANO EXTRANJERO?: SI 1 NO 2
4. ¿QUÉ GRADO O AÑO ESCOLAR MÁS ALTO APROBÓ?:
- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| 1 NINGUNO | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 ENSEÑANZA ESPECIAL | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3 PRIMARIA | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 SECUNDARIA | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5 VOCACIONAL | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7 UNIVERSITARIA | <input type="checkbox"/> | 7 |

5 ¿CUÁL ES SU ESTADO CONYUGAL ACTUAL?:

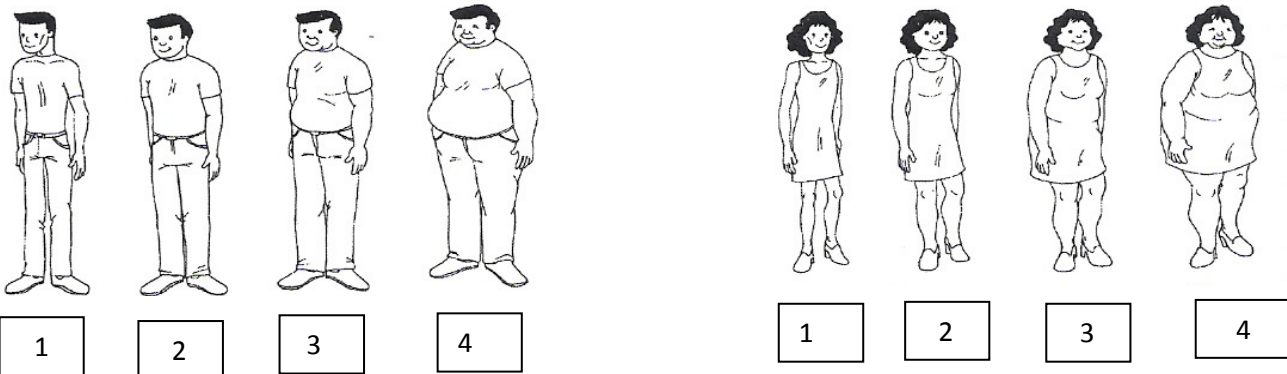
- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 1 UNIDO (A) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 SEPARADO (A) DE MATRIMONIO | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3 SEPARADO (A) DE UNIÓN | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 CASADO (A) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5 DIVORCIADO (A) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6 VIUDO (A) | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7 SOLTERO (A) | <input type="checkbox"/> | 7 |

6 ¿QUÉ OCUPACIÓN, OFICIO O TRABAJO REALIZÓ EN EL ÚLTIMO MES O LA ÚLTIMA VEZ QUE TRABAJO? (Anoté el que le genera mayor ingreso):

7 ¿ES USTED JUBILADO O PENSIONADO?: SI 1 NO 2

III. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

8 ¿COMO CONSIDERA QUE ES SU PESO, SEGUN EL DIBUJO SIGUIENTE?:



9 ¿CONSUME AGUA SEGURA PARA BEBER (POTABLE, CLORADA O HERVIDA)?: SIEMPRE 1 CASI NUNCA 3 CASI SIEMPRE 2 NUNCA 4

10 ¿HA MASTICADO O FUMADO TABACO O PRODUCTOS DE TABACO ALGUNA VEZ EN SU VIDA?: SI 1 NO 2

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 10c.

10.a ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO COMENZÓ A FUMAR? (EN AÑOS):

10.b ¿CUÁNTOS DÍAS HA FUMADO EN EL ÚLTIMO MES?: 1 NO HE FUMADO 1 2 DE 1 A 7 DÍAS 2 3 DE 8 A 15 3

14 ¿TIENE ACCESO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN?:

- | | | |
|--------------|----------------------------|----------------------------|
| | SI | NO |
| 1 RADIO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2 TELEVISIÓN | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3 PERIÓDICOS | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

4 DE 16 A 21 4
5 DE 22 A 31 5

10.c ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, HAN FUMADO EN SU PRESENCIA?:

	SI	NO
1 EN SU CASA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2 EN SU TRABAJO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3 EN CENTROS RECREATIVOS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

11 ¿HA CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS ALGUNA VEZ EN SU VIDA?:

	SI	NO
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 12.

11a ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO COMENZÓ A CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS? (EN AÑOS):

11b ¿ACTUALMENTE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?:

1 TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/> 1
2 LOS FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/> 2
3 SOLO LOS DÍAS FESTIVOS	<input type="checkbox"/> 3
4 EN CELEBRACIONES	<input type="checkbox"/> 4
5 CADA 5 DÍAS	<input type="checkbox"/> 5
6 NO CONSUME	<input type="checkbox"/> 6

12 ¿HA CONSUMIDO DROGAS ALGUNA VEZ EN SU VIDA?:

	SI	NO
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 13.

12a ¿QUE EDAD TENÍA CUANDO COMENZÓ A CONSUMIR DROGAS?: (EN AÑOS)

12b ¿CONSUME ACTUALMENTE ALGUNA (S) DE LAS SIGUIENTES DROGAS?:

1 COCAÍNA	<input type="checkbox"/> 1
2 MARIHUANA	<input type="checkbox"/> 2
3 HEROÍNA	<input type="checkbox"/> 3
4 ÉXTASIS	<input type="checkbox"/> 4
5 ESTIMULANTES	<input type="checkbox"/> 5
6 TRANQUILIZANTES	<input type="checkbox"/> 6
7 OTRA _____	<input type="checkbox"/> 7
8 NO CONSUMO	<input type="checkbox"/> 8

13 ¿SE APLICA CREMAS O LOCIONES PARA PROTEGERSE DEL SOL 20 - 30 MINUTOS ANTES DE SALIR AL AIRE LIBRE?:

SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 1
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 2
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3
NUNCA	<input type="checkbox"/> 4

4 TELÉFONOS (FIJO, CELULAR)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5 INTERNET	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6 TELEVISIÓN POR CABLE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7 OTROS _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

15 ¿DEL SIGUIENTE LISTADO DE SITIOS O LUGARES, DÍGAME CUÁLES EXISTEN EN SU COMUNIDAD?:

	1	2	3
	SI	NO	NO SABE
1 CANCHAS DEPORTIVAS			
2 PARQUES PÚBLICOS			
3 CINES			
4 PLAYAS, RIOS, LAGOS			
5 PISCINAS PÚBLICAS			
6 PISTA DE LAZO O BARRERAS			
7 SENDEROS ECOLÓGICOS			
8 JUEGOS DE MESA			
9 CASA COMUNAL			
10 BILLARES			
11 DISCOTECA O CENTROS DE BAILE			
12 BARES, BODEGAS O CANTINAS			
13 RESTAURANTES QUE VENDEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
15 CASINOS O BINGOS			
16 GALLERAS			
17 OTROS _____			

16 ¿ESTÁ USTED EXPUESTO (A) O EN CONTACTO CON?:

	1	2	3	4	5
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO SABE
1 SUSTANCIAS TÓXICAS O PELIGROSAS					
2 CONTAMINACIÓN INDUSTRIAL, AGROINDUSTRIAL O MINERA					
3 EXCESO DE RUIDOS					
4 PARTÍCULAS DE POLVO, HUMO, OLORES					
5 MOSQUITOS, RATONES Y OTROS VECTORES					
6 ANIMALES DOMÉSTICOS					

17 ¿EN SU VIVIENDA USTED DISPONE DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS?:

	SI	NO
1 AGUA SEGURA PARA CONSUMO HUMANO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2 LETRINAS, TANQUE SÉPTICO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

	SI	NO
3 ALCANTARILLADO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4 SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE BASURA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

IV. CALIDAD DE VIDA

18 ¿HACE EJERCICIO O PRACTICA ALGÚN DEPORTE, AL MENOS DURANTE 30 MINUTOS, MAS DE 3 VECES POR SEMANA?:

	SI	NO
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

19 ¿CÓMO SIENTE QUE RESPONDE AL ESFUERZO FÍSICO?:

MUY BIEN	<input type="checkbox"/> 1
BIEN	<input type="checkbox"/> 2
MAL	<input type="checkbox"/> 3
MUY MAL	<input type="checkbox"/> 4

20 ¿COMO SE SIENTE CON SU APARIENCIA FÍSICA?:

MUY BIEN	<input type="checkbox"/> 1
BIEN	<input type="checkbox"/> 2
MAL	<input type="checkbox"/> 3
MUY MAL	<input type="checkbox"/> 4

21 ¿COMO SE SIENTE CON SU HABILIDAD PARA?:

	1	2	3	4
	MUY BIEN	BIEN	MAL	MUY MAL
1 APRENDER INFORMACIÓN NUEVA				
2 TOMAR DECISIONES				
3 REALIZAR SUS OBLIGACIONES EN CASA				

27 ¿COMO SE SIENTE CON?:

	1	2	3	4
	Muy Bien	Bien	Mal	Muy Mal
1 EL APOYO DE SUS AMIGOS				
2 EL APOYO DE SU FAMILIA				
3 SU CAPACIDAD DE APOYAR A OTROS				
4 EL APOYO DE SUS JEFES				
5 EL APOYO DE SUS COMPAÑEROS				

Si no trabaja colocar NA en los items 4 y 5

4 REALIZAR SUS OBLIGACIONES EN EL TRABAJO

--	--	--	--

Si no trabaja colocar NA

22 ¿COMO SE SIENTE CON LA ENERGÍA Y VITALIDAD QUE TIENE EN SU VIDA DIARIA?:

MUY BIEN	<input type="checkbox"/>	1
BIEN	<input type="checkbox"/>	2
MAL	<input type="checkbox"/>	3
MUY MAL	<input type="checkbox"/>	4

23 ¿COMO SE SIENTE CON LA SEGURIDAD PUBLICA EN EL AMBIENTE EN QUE VIVE?:

MUY BIEN	<input type="checkbox"/>	1
BIEN	<input type="checkbox"/>	2
MAL	<input type="checkbox"/>	3
MUY MAL	<input type="checkbox"/>	4

24 ¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS QUE MÁS LE PREOCUPAN PARA LA SEGURIDAD DE SU BARRIO O LOCALIDAD?:

	SI	NO
1 POCA VIGILANCIA POLICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 DROGADICCIÓN - PIEDREROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 VENTA DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 PROSTITUCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 PANDILLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 CANTINAS, BARES Y DISCOTECAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 PARRILLADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 CASINOS, BINGOS, GALLERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 POCA ILUMINACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 OTROS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 ¿QUÉ TAN SALUDABLE SON LOS ALREDEDORES DE SU VIVIENDA ?:

MUY SALUDABLE	<input type="checkbox"/>	1
SALUDABLE	<input type="checkbox"/>	2
POCO SALUDABLE	<input type="checkbox"/>	3
NADA SALUDABLE	<input type="checkbox"/>	4

26 ¿DE LA SIGUIENTE LISTA DE SITUACIONES, CUÁLES SON LAS QUE LE PREOCUPAN DE SU BARRIO O LOCALIDAD?:

	SI	NO
1 CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y MALOS OLORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 RUIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 PRESENCIA DE PERROS CALLEJEROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 FALTA DE SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 FALTA DE ESCUELAS Y COLEGIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 TRANSPORTE PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 FALTA DE PARQUES Y ÁREAS VERDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 FALTA DE ÁREAS PARA EL DEPORTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 PRESENCIA DE RATONES, MOSCAS, MOSQUITOS Y OTRAS ALIMAÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 BASURA EN CALLES Y VEREDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 FALTA DE LOCALES COMERCIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 FALTA DE ACERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 LA CONDICION DE LAS CALLES Y CAMINOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 POCO ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 OTROS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SIENTE?:

	1	2	3	4	5
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO SABE
1 TRISTEZA, DESESPERANZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ANSIEDAD, TENSION, NERVIOSISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ALEGRÍA, SATISFACCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 ¿CUÁLES DE ESTAS ACTIVIDADES, REALIZA USTED CUANDO ESTA BAJO TENSIÓN, NERVIOSO O ESTRESADO?:

	SI	NO
1 FUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 COME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 SALE DE SU CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 LEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 DUERME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 LIMPIA LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 VE TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 BEBE TRAGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 SE SALE DE SU TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ESCUCHA MÚSICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 BAILA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 PRACTICA JUEGOS DE AZAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 BUSCA ESTAR SOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 JUEGA EN LA COMPUTADORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 CUENTA HASTA 10 Ó MAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ORA, MEDITA, REFLEXIONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 RESPIRA PROFUNDO, DESCANSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 CONTINUA TRABAJANDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 GRITA CUANDO SE ENOJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 HACE EJERCICIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 TIENE RELACIONES SEXUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 TOMA UN MEDICAMENTO RELAJANTE O MEDICINA NATURAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 IR DE COMPRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 OTRA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 ¿TIENE DIFICULTAD PARA DORMIR?:

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	1
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	2
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	3
NUNCA	<input type="checkbox"/>	4

31 ¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED PIENSA QUE LE PUEDEN HACER CUALQUIER TIPO DE DAÑO?:

	1	2	3	4	5
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO SABE
1 EN EL TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 DONDE VIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 ¿QUÉ HACE CUANDO QUIERE HACER DAÑO?:

	SI	NO
1 AGREDE VERBALMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AGREDE FÍSICAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 SE BURLÁ O HACE MOFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 VA AL SANTERO O AL BRUJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 INVENTA RUMORES O BOCHINCHES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 OTRA: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

33 ¿SIENTE QUE PUEDE HACERSE DAÑO A USTED MISMO?: SI 1 NO 2

34 ¿PARA USTED SENTIR FELICIDAD Y DISFRUTAR DE LA VIDA ES?:

MUY IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	1
IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	2
POCO IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	3
NADA IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	4

35 ¿LA SALUD FÍSICA INFLUYE EN SU FELICIDAD Y DISFRUTE DE LA VIDA?

MUCHÍSIMO	<input type="checkbox"/>	1
MUCHO	<input type="checkbox"/>	2
UN POCO	<input type="checkbox"/>	3
NADA	<input type="checkbox"/>	4

39 ¿CÓMO SE SIENTE EN RELACIÓN A?:

	1	2	3	4
	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco	Muy insatisfecho
1 LOS SERVICIOS DE SALUD DE SU COMUNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE SU COMUNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 LAS FACILIDADES PARA ADQUIRIR VIVIENDA EN SU COMUNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 SU TRABAJO O ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 SU SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

36 ¿LA SALUD MENTAL INFLUYE EN SU FELICIDAD Y DISFRUTE DE LA VIDA?:

MUCHÍSIMO	<input type="checkbox"/>	1
MUCHO	<input type="checkbox"/>	2
UN POCO	<input type="checkbox"/>	3
NADA	<input type="checkbox"/>	4

6 SU SITUACIÓN ECONÓMICA
 7 SU TIEMPO PARA ACTIVIDADES RECREATIVAS
 8 SUS OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN Y CONOCIMIENTO
 9 SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
 10 EL MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA REGULARMENTE

37 ¿ESTA PARTICIPANDO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES?:

	SI	NO
1 CLUB DEPORTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 CLUB DE MADRE O PADRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 JUNTA DE VECINOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 CLUBES CÍVICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 CLUBES SOCIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 JUNTAS DE AGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 COMITÉS DE SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 GRUPOS DE ADULTO MAYOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 VOLUNTARIADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 PARTIDOS POLÍTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 COOPERATIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 VOLUNTARIADO DE BOMBEROS O PROTECCIÓN CIVIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 AGRUPACIONES ESTUDIANTILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 AGRUPACIONES ARTÍSTICAS - CULTURALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 GRUPOS INDÍGENAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 SINDICATOS, GREMIOS,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ORGANIZACIONES LABORALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 GRUPOS DE AUTOAYUDA DE SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ORGANIZACIONES RELIGIOSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 PERTENECE A ALGUNA OTRA ORGANIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si responde que no pertenece a ninguna organización hacer la pregunta 38

38 ¿POR QUÉ NO PERTENECE A NINGUNA AGRUPACIÓN?:

NO TIENE TIEMPO	<input type="checkbox"/>	1
NO LE INTERESA	<input type="checkbox"/>	2
OTRA _____	<input type="checkbox"/>	3

40 ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?:

SI 1 NO 2

Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 44

41 ¿SU RELACIONES SEXUALES SE DAN CON?:

	SI	NO
PERSONAS DEL MISMO SEXO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSONAS DE SEXO DIFERENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÁS DE UN COMPAÑERO (A) SEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 ¿UTILIZA CONDON?:

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	1
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	2
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	3
NUNCA	<input type="checkbox"/>	4

43 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE SIENTE SATISFECHO CON EL DISFRUTE DE SU VIDA SEXUAL?:

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	1
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	2
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	3
NUNCA	<input type="checkbox"/>	4

44 ¿ALGUNA VEZ, HA SENTIDO QUE LO (A) TRATAN DIFERENTE DEBIDO A SU?:

	SI	NO
1 COLOR, ETNIA O RAZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 RELIGIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 SEXO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 PREFERENCIAS SEXUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 DISCAPACIDAD FISICA O MENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. USO DE SERVICIOS DE SALUD

45 ¿EN LO QUE VA DEL AÑO HA ESTADO CUBIERTO POR :
 SEGURO SOCIAL 1
 SEGURO PRIVADO 1

46 ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR DE SU CASA A LA INSTALACIÓN DE SALUD MAS CERCANA?:
 MINUTOS 1
 HORAS 2
 DÍAS 3
 NO SE 4

47 ¿EL COSTO DEL MEDIO DE TRANSPORTE LE DIFICULTA EL ACCESO A LAS INSTALACIONES DE SALUD MAS CERCANAS?:

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	1
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	2
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	3
NUNCA	<input type="checkbox"/>	4

4

48 ¿SE HA ATENDIDO SU SALUD EN ALGUN LUGAR EN LO QUE VA DEL AÑO?:
 SI 1 NO 2

Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 53

49 ¿EN QUE LUGAR Y CUANTAS VECES SE ATENDIÓ SU SALUD?:

	VECES	
1 CENTROS DE SALUD	<input type="checkbox"/>	1
2 POLICLÍNICAS DE LA CSS	<input type="checkbox"/>	2
3 HOSPITALES DEL MINSA	<input type="checkbox"/>	3
4 HOSPITALES DE LA CSS	<input type="checkbox"/>	4
5 OTRAS INSTALACIONES DEL MINSA	<input type="checkbox"/>	5
6 OTRAS INSTALACIONES DE LA CSS	<input type="checkbox"/>	6
7 GIRAS, CARAVANAS O FERIAS DE SALUD	<input type="checkbox"/>	7
8 CURANDEROS, MEDICINA TRADICIONAL	<input type="checkbox"/>	8
9 HOSPITALES O CLÍNICAS PRIVADAS	<input type="checkbox"/>	9

52 ¿LA ULTIMA VEZ FUE ATENDIDO POR?:

1 MÉDICO	<input type="checkbox"/>	1
2 ENFERMERA	<input type="checkbox"/>	2
3 ODONTÓLOGO	<input type="checkbox"/>	3
4 NUTRICIONISTA	<input type="checkbox"/>	4
5 TERAPISTA	<input type="checkbox"/>	5
6 TRABAJADOR SOCIAL	<input type="checkbox"/>	6
7 PSIQUIATRA-PSICÓLOGO	<input type="checkbox"/>	7
8 CIRUJANO	<input type="checkbox"/>	8
9 SANEAMIENTO AMBIENTAL	<input type="checkbox"/>	9
10 FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>	10
11 CURANDERO	<input type="checkbox"/>	11
12 HIERBERO	<input type="checkbox"/>	12
13 NELE	<input type="checkbox"/>	13
14 BRUJO	<input type="checkbox"/>	14
15 PARTERA EMPIRICA	<input type="checkbox"/>	15
16 OTRO _____	<input type="checkbox"/>	16

53 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUS INGRESOS

5

- 50 ¿POR QUÉ MOTIVO FUE A BUSCAR ATENCIÓN DE SALUD LA ÚLTIMA VEZ?:
- 1 CONTROL DE SALUD 1
 - 2 CONTROL DE ENFERMEDAD DE LARGA DURACIÓN O CRÓNICA 2
 - 3 ATENCIÓN DE ENFERMEDAD RECIENTE O NUEVA 3
 - 4 POR URGENCIA 4

- 51 ¿ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR PARA SER ATENDIDO?:
- SI 1 NO 2

ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LOS GASTOS QUE PRODUCE LA ATENCIÓN DE SU SALUD?:

- SIEMPRE 1
- CASI SIEMPRE 2
- CASI NUNCA 3
- NUNCA 4

- 54 ¿EL COSTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEBE SER CUBIERTO POR?:

- 1 TOTALMENTE POR EL USUARIO O PACIENTE 1
- 2 LA CAJA DE SEGURO SOCIAL 2
- 3 EL GOBIERNO Y EL PACIENTE 3
- 4 TOTALMENTE POR EL GOBIERNO 4

- 55 ¿CUÁNDO HA ACUDIDO A ATENDERSE EN LAS INSTALACIONES DE SALUD QUEDA SATISFECHO?:

- SIEMPRE 1 CASI SIEMPRE 2 CASI NUNCA 3 NUNCA 4

VI. PRÁCTICAS DE SALUD

- 56 ¿CUÁL (ES) DE LAS SIGUIENTES EVALUACIONES DE SALUD SE HA EFECTUADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?:

- | | SI | NO |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 CONTROL DE SALUD | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2 COLESTEROL - TRIGLICÉRIDOS | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3 SANGRE EN HECES | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4 RX PULMONAR | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5 VACUNAS | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6 PRUEBA DE TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7 PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8 HEMOGRAMA | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9 AZÚCAR EN SANGRE | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 10 PRUEBA DE SIDA | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 11 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 12 EXAMEN BUCAL | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

- SOLO PARA HOMBRES**
- 13 TACTO RECTAL 1 2
- 14 EXAMEN DE SANGRE PARA PRÓSTATA 1 2

Si el entrevistado es un HOMBRE pasar a la pregunta 61

- SOLO PARA MUJERES**
- 15 PAPANICOLAU 1 2
- 16 AUTO EXAMEN MENSUAL DE MAMA 1 2
- 17 EXAMEN CLÍNICO DE MAMA 1 2
- 18 MAMOGRAFÍA 1 2

Si se trata de una MUJER, indague sobre los siguientes aspectos:

- 57 ¿HA TENIDO HIJOS? SI 1 NO 2
- Si la respuesta es "NO" pasar a la pregunta 58

- 57a ¿DURANTE CUANTO TIEMPO DIO O HA DADO PECHO AL ÚLTIMO DE SUS HIJOS?:
- MENOS DE UN MES 1
- MESES 2

- 58 ¿ESTÁ EMBARAZADA AHORA?:
- SI 1
- NO 2
- NO SE 3

Si la respuesta es "NO" o "NO SABE", pasar a la pregunta 61

- 59 ¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES DE EMBARAZO TIENE?:

- SEMANAS 1
- MESES 2
- NO SABE 3

- 60 ¿CUÁNTOS CONTROLES DE EMBARAZO HA RECIBIDO?:

- NINGUNO 1
- CONTROLES 2

- 61 ¿USTED O SU PAREJA UTILIZAN O HAN UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA EVITAR O POSPONER EL EMBARAZO?:

- SI 1 NO 2

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 63

- 62 ¿DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS CUAL O CUALES HA USADO O ESTAN USANDO?:

- | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 PASTILLAS, PARCHES | <input type="checkbox"/> 1 | 7 CONDÓN | <input type="checkbox"/> 7 |
| 2 INYECCIONES | <input type="checkbox"/> 2 | 8 ESTERILIZACIÓN FEMENINA | <input type="checkbox"/> 8 |
| 3 ANILLO, T DE COBRE U OTRO | <input type="checkbox"/> 3 | 9 ESTERILIZACIÓN MASCULINA | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4 COITO INTERRUPTO | <input type="checkbox"/> 4 | 10 DA PECHO A SU HIJO | <input type="checkbox"/> 10 |
| 5 RITMO | <input type="checkbox"/> 5 | 11 OTRO _____ | <input type="checkbox"/> 11 |
| 6 ESPERMATICIDAS (ESPUMAS) | <input type="checkbox"/> 6 | | |

VII. ESTADO INDIVIDUAL DE SALUD

- 63 DEL SIGUIENTE LISTADO DE ENFERMEDADES, INDIQUE LAS QUE LE HAN SIDO **DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO**:

- | | SI | NO |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 PRESIÓN ALTA | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2 ATAQUE O INFARTO DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3 OTROS PROBLEMAS GRAVES DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4 AZÚCAR EN LA SANGRE | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5 SOBREPESO U OBESIDAD | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6 FALTA DE CALCIO EN LOS HUESOS | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7 COLESTEROL ALTO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

- 65 ¿LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON ESTABAN DISPONIBLES DONDE SE ATENDIÓ?:

- SIEMPRE 1
- CASI SIEMPRE 2
- CASI NUNCA 3
- NUNCA 4

- 66 ¿HA TOMADO ALGUN TIPO DE MEDICINA SIN RECETA MÉDICA EN EL ÚLTIMO MES?:

- SI 1 NO 2

- 8 ENFERMEDAD DE LA TIROIDES 1 2
- 9 ULCERA DEL ESTOMAGO O EN OTRA PARTE DEL INTESTINO 1 2
- 10 ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO 1 2
- 11 PIEDRAS EN LA VESÍCULA 1 2
- 12 COLON IRRITABLE Y OTROS PROBLEMAS DE LOS INTESTINOS 1 2
- 13 TUBERCULOSIS 1 2
- 14 ENFERMEDAD RESPIRATORIA DIFERENTE A LA GRIPE 1 2
- 15 ATAQUES O CONVULSIONES 1 2
- 16 DERRAME CEREBRAL 1 2
- 17 DEPRESIÓN O TRISTEZA 1 2
- 18 CUALQUIER ENFERMEDAD MENTAL 1 2
- 19 ARTICULACIONES INFLAMADAS 1 2
- 20 ENFERMEDAD DEFORMANTE DE LAS ARTICULACIONES 1 2
- 21 HERNIAS DE LA COLUMNA 1 2
- 22 INSUFICIENCIA RENAL 1 2
- 23 PROBLEMAS BENIGNOS DE PROSTATA 1 2
- 24 PROBLEMAS GINECOLÓGICOS O DE MAMAS 1 2
- 25 CATARATAS 1 2
- 26 OTROS PROBLEMAS DE LA VISTA 1 2
- 27 SIDA 1 2
- 28 CÁNCER EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO 1 2
- 29 OTRA ENFERMEDAD CRONICA 1 2

Si no se le ha diagnosticado alguna de las enfermedades del listado pasar a la pregunta 66

64 ¿SE LE RECOMENDÓ SEGUIR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS U ORIENTACIONES?:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 MEDICAMENTOS DE USO COMERCIAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 MEDICINA TRADICIONAL O NATURAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 HACERSE CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 HACERSE EXÁMENES ESPECIALIZADOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 IR DONDE OTRO MÉDICO O ESPECIALISTA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 HACERSE TERAPIA RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 HACERSE TERAPIA DE SALUD MENTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 HACERSE OTRO TIPO DE TERAPIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 HIDRATARSE POR BOCA O POR VIA VENOSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 APLICARSE VACUNAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 ORIENTACIÓN SOBRE SALUD MENTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 DEJAR DE FUMAR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 HACER DIETA PARA BAJAR DE PESO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 HACER EJERCICIO REGULARMENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 OTRA _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 68

67 ¿DE QUÉ TIPO ERAN LOS QUE TOMÓ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 MEDICAMENTOS TRADICIONALES, NATURALES | <input type="checkbox"/> |
| 2 COMPLEMENTOS VITAMÍNICOS, RECONSTITUYENTES Y DIETÉTICOS | <input type="checkbox"/> |
| 3 MEDICAMENTOS COMERCIALES | <input type="checkbox"/> |

68 ¿TIENE LIMITACIONES PARA REALIZAR ALGUNAS DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, COMO?:

- | | SI | NO |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 CAMINAR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 VIAJAR EN BUS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 VESTIRSE Y DESVESTIRSE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 SUBIR O BAJAR ESCALERAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 BAÑARSE, DUCHARSE O ASEARSE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 TOMAR O MANIPULAR OBJETOS PEQUEÑOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 TOMAR LÍQUIDOS Y COMER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 MASTICAR COSAS DURAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 CONTROLAR LOS DESEOS DE IR AL BAÑO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

69 ¿EN EL ÚLTIMO MES SUFRIÓ ALGUN ACCIDENTE COMO?:

- | | SI | NO |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 GOLPES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 CAÍDAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 HERIDAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 FRACTURAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 QUEMADURAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 ENVENENAMIENTO O INTOXICACION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 COLISION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 ATROPELLO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 MORDEDURA DE CULEBRA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 AGRESIÓN POR OTRO ANIMAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 OTRO _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 73

70 ¿DÓNDE OCURRIÓ SU ULTIMO ACCIDENTE?:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 EN LA CASA | <input type="checkbox"/> |
| 2 EN LA CALLE, CAMINO O CARRETERA | <input type="checkbox"/> |
| 3 EN EL TRABAJO | <input type="checkbox"/> |
| 4 EN OTRO LUGAR _____ | <input type="checkbox"/> |

6

71 ¿A DÓNDE BUSCO ATENCION POR EL ACCIDENTE?:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1 CLINICA U HOSPITAL PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| 2 CUARTO DE URGENCIAS PUBLICO | <input type="checkbox"/> |
| 3 MEDICINA TRADICIONAL O CURANDERO | <input type="checkbox"/> |
| 4 SE QUEDO EN LA CASA | <input type="checkbox"/> |
| 5 OTRO _____ | <input type="checkbox"/> |

72 ¿ALGUN ACCIDENTE LE PRODUJO CONSECUENCIAS TALES COMO?:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1 INCAPACIDAD PERMANENTE | <input type="checkbox"/> |
| 2 INCAPACIDAD TEMPORAL | <input type="checkbox"/> |
| 3 NINGUNA CONSECUENCIA | <input type="checkbox"/> |

7

73 ¿SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD NO ACCIDENTAL RELACIONADA CON EL TRABAJO QUE REALIZA?

- SI 1 2 ¿CUÁL? _____
- NO 3 4 NO TRABAJA

74 ¿EN UN AÑO CUANTO GASTA APROXIMADAMENTE EN?:

- 1 CONSULTA (MEDICA, ODONTOLOGICA, MEDICINA TRADICIONAL, PARTERAS U OTRO PERSONAL DE SALUD)
- 2 MEDICAMENTOS (COMERCIALES, TRADICIONALES O CUALQUIER TERAPIA CON MEDICINAS)
- 3 HOSPITALIZACIONES POR CUALQUIER CAUSA
- 4 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (LABORATORIO, RX O CUALQUIER OTRO TIPO DE EXAMEN)
- 5 PAGO DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD (AMBULANCIA, ATENCION, HOSPITAL)
- 6 TRATAMIENTOS (PROTESIS, LENTES, TERAPIAS ESPECIALES)

BALBOAS ENTEROS				
				1
				2
				3
				4
				5
				6
M	C	D	U	

En caso de no recordar el monto de los detalles, estime un monto global anual

--	--	--	--

OBSERVACIONES: _____

 Dia Mes Año
 □□ □□ □□
Fecha de la entrevista

 Dia Mes Año
 □□ □□ □□
Fecha de entrega por el supervisor

NOMBRE DEL SUPERVISOR

 Dia Mes Año
 □□ □□ □□
Fecha de entrega por el encuestador

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

NOMBRE DEL COORDINADOR REGIONAL

IMPORTANTE

RECUERDE VERIFICAR QUE SE HAYA ENTREVISTADO A TODOS LOS MIEMBROS DEL

**HOGAR DE 18 AÑOS Y MÁS,
SIN OMITIR NINGUNA
PREGUNTA**