

HOJA DE HOGAR

Nº de Cuestionario

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (1-4)

Región  (5) Unidad Primaria

\_\_\_\_/\_\_\_\_

(6-7) U.S.M.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(8-10)

Departamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_

(11-12) Número de hogar

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(13-14)

Ciudad ó Localidad: \_\_\_\_\_

Dirección (Descripción Exacta): \_\_\_\_\_

**INTRODUCCION:** Mi nombre es: \_\_\_\_\_ trabajo en Asociación Demográfica Salvadoreña y estamos haciendo unas preguntas sobre problemas de salud de la madre. Por esa razón, en ésta oportunidad, quiero platicar con una (señora) de ésta casa unos minutos. Sus respuestas serán muy valiosas para mejorar los programas de salud.

¿Cuántas personas viven en ésta casa? Total \_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_  
(15-16) (17-18) (19-20)

¿Cuántas mujeres hay entre 15-49 años de edad (mujeres en edad fértil-MEF): \_\_\_\_\_  
(21)

Si no hay MEF, TERMINE LA ENCUESTA, y dé las gracias.

Si hay MEF, completar esta hoja al iniciar la entrevista (Anotar en primer lugar a la mujer de mayor edad y proseguir en orden descendiente)

NOMBRE Y APELLIDO DE MEF	EDAD	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	HIJOS NACIDOS VIVOS	HIJOS ACTUAL MENTE VIVOS	ULTIMO NACIDO VIVO: MES Y AÑO
1. ( 22-33 )						
2. ( 34-45 )						
3. ( 46-57 )						
4. ( 58-69 )						
5. ( 70-81 )						
6. ( 82-93 )						
7. ( 94-105 )						
8. (106-117)						

SELECCION DE LA ENTREVISTADA (118)

ULTIMO DIGITO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN EL HOGAR							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	3	1	2	5	2	8
1	1	1	1	2	3	6	3	1
2	1	2	2	3	4	1	4	2
3	1	1	3	4	5	2	5	3
4	1	2	1	1	1	3	6	4
5	1	1	2	2	2	4	7	5
6	1	2	3	3	3	5	1	6
7	1	1	1	4	4	6	2	7
8	1	2	2	1	5	1	3	8
9	1	1	3	2	1	2	4	1

No. de Cuestionario

Región

Unidad Primaria

Unidad Secundaria

ENTRE LAS PERSONAS DE ESTE HOGAR, SORTEAMOS UNA PARA CONVERSAR CON ELLA, ME TOCO EN SUERTE HABLAR CON USTED Y QUIERO ME AYUDE CONTESTANDO ALGUNAS PREGUNTAS QUE NOS SERVIRAN A MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD DE EL SALVADOR.

- 1) En qué mes y año nació usted? Mes \_\_\_\_\_, año \_\_\_\_\_   
(119-120)
- 2) Cuántos años cumplidos tiene Ud.? (Cuál es su edad):  
\_\_\_\_\_ Años.   
(121-122)
- 3) Cuál es su estado civil actual? (es Ud.):   
(125)
- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. Casada <input type="checkbox"/>                 | 4. Viuda <input type="checkbox"/>   |
| 2. Unida (acompañada). <input type="checkbox"/>    | 5. Soltera <input type="checkbox"/> |
| 3. Separada o Divorciada. <input type="checkbox"/> |                                     |
- 4) Educación: Cuál es el último grado ó curso que Ud. aprobó?   
(126)
- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| 1. Ninguno <input type="checkbox"/>      | 4. Primaria Completa <input type="checkbox"/>   | 9.N/R. <input type="checkbox"/> |
| 2. Primaria 1-3 <input type="checkbox"/> | 5. Secundaria <input type="checkbox"/>          | _____                           |
| 3. Primaria 4-5 <input type="checkbox"/> | 6. Estudios Superiores <input type="checkbox"/> |                                 |
- 5) Trabaja Ud. actualmente en algo que le permita ganar dinero (especie)   
(127)
- |                                |                                |                 |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| 1. Sí <input type="checkbox"/> | 2. No <input type="checkbox"/> | →Pase a Preg. 7 |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|
- 6) Trabaja fuera o dentro del hogar?   
(123)
- |                                   |                                    |                                |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Fuera <input type="checkbox"/> | 2. Dentro <input type="checkbox"/> | 9.N/R <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
- 7) Ha estado Ud. alguna vez embarazada? (Ha tenido Ud. algún hijo ó hija ó una pérdida)   
(124)
- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Sí <input type="checkbox"/> | 2. No <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------------|
- 8) Está Ud. actualmente embarazada?   
(125)
- |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Sí <input type="checkbox"/> | 2. No <input type="checkbox"/> | 9. No <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

SI EN LAS DOS ULTIMAS PREGUNTAS (7 y 8) HA RESPONDIDO NEGATIVAMENTE A LA PREGUNTA 15 EN PAGINA 4.

- 9) Cuántos embarazos ha tenido Ud.?    
 \_\_\_\_\_ embarazos. (131-132)
- 10) Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? (Mujeres y Hombres)    
 \_\_\_\_\_ Hijos vivos. (133-134)
- 10a) Ha olvidado algún hijo que nació vivo pero que ya murió\*  
 1. Sí  2. No
- 11) Cuántos de esos hijos que nacieron vivos, están actualmente vivos?    
 \_\_\_\_\_ hijos. (135-136)
- 11a) Ha olvidado algún hijo ó hija que esté vivo y ya no vive con Ud.??\*  
 1. Sí  2. No
- 12) Dígame en qué fecha (cuándo) tuvo el último de sus hijos (Hombre ó Mujer) que nació vivo? Mes \_\_\_\_\_, Año \_\_\_\_\_    
 (137-138)
- 12a) Si tuvo un nacido vivo desde julio 1976, pregúntele:    
 Actualmente está dando pecho? (139,140)
1. Sí  2.No    
 (141)
- 13) El último embarazo que Ud. tuvo, fué porque lo deseaba?  
 1. Sí  2.No  9. N/R    
 (142)
- 13a) SI LA RESPUESTA ES NO, PREGUNTE SI NO DESEABA MAS EMBARAZOS O SOLO QUERIA ESPERAR MAS TIEMPO PARA OTRO EMBARAZO (O PARA EL PRIMERO)   
 (143)
1. No quería más hijos  (Limitar)  
 2. No deseaba todavía otro embarazo  (Espaciar)
- 14) Ha tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerto (mortinato)  
 1. Sí  2.No
- Cuántos \_\_\_\_\_   
 (144)

\* SI A CUALQUIERA DE LAS DOS PREGUNTAS 10a u 11a RESPONDE AFIRMATIVAMENTE, HAGA LA CORRECCION CORRESPONDIENTE EN LAS PREGUNTAS 10 y 11.

15) Actualmente desea un embarazo ?

(145)

- 1. Sí
- 2. No
- 9. Duda

16) Muchas mujeres tienen embarazos (encargan) y el resultado es una pérdida, fracaso ó aborto; ha tenido Ud. alguna pérdida o aborto?

(146)

- 1. Sí
- 2. No
- 9. Duda

Pase a Preg.19 en Pág.5

17) Cuántos? \_\_\_\_\_ Pérdidas ó abortos

(147-148)

18) En qué fecha le ocurrió la última pérdida ó aborto?

(149-150)

- 1. mes \_\_\_\_\_
- 2. Año \_\_\_\_\_

(151-152)

18a) Después de ésta última pérdida (aborto), fue a algún lugar ó persona para que le atendieran porque tuvo complicaciones?

(153)

- 1. Sí
- 2. No  (Pase a Preg.19 en Pág.5)

18b) En esa ocasión, en que lugar le atendieron?

(154)

- 1. Hospital
- 2. Centro de Salud
- 3. Puesto de Salud
- 4. Consultorio Privado
- 5. Partera
- 6. Familiar
- 7. Otro
- 9. N/R

18c) Cuando la atendieron en esa ocasión, se hospitalizó ó no se hospitalizó?

(155)

- 1. Se internó
- 2. No se internó

AHORA QUISIERA QUE HABLEMOS SOBRE LAS COSAS O METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USAN LAS PAREJAS PARA QUE LA MUJER NO QUEDE EMBARAZADA (PARA EVITAR EMBARAZOS) (LA MISMA INTRODUCCION A LAS PREGUNTAS 19, 20, 21)

	19	20	21	
	<u>Ha oído mencionar ó conoce</u>	<u>Alguna vez ha usado.</u>	<u>Usa Actualmente*</u>	
1) Píldora, Pastilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 156
2) Espiral, Dispositivo Intra-uterino ó aparatito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 157
3) Esterilización femenina (Operación para no tener hijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 158
4) Esterilización masculina (Vasectomía operación para no tener más hijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 159
5) Condón, Preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Marca</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 160
6) Inyección (Depo-provera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 161
7) Espuma, Jalea, Supositorio ó Tableta Vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 162
8) Diafragma ó Capuchón Vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 163
9) Ritmo, Abstinencia periódica ó Calendario (evitar tener relaciones sexuales en ciertos días del mes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 164
10) Retiro, Lavado o Ducha vaginal (inmediatamente después de las relaciones sexuales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 165
11) Otros Métodos _____ (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 166
12) Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 167 168

SI LA ENTREVISTADA NO ESTA USANDO UN METODO ACTUALMENTE, CONTINUAR CON PREGUNTA 22. SI LA ENTREVISTADA ESTA USANDO ACTUALMENTE, SALTE A PREGUNTA 23.

\* Dentro de los últimos 30 días

SI LA ENTREVISTADA NO ESTA USANDO UN METODO ACTUALMENTE, PREGUNTELE:

22) a) Porqué no está usando ningún método actualmente?

(169-170)

b) Desea Ud. actualmente un método para no quedar embarazada?

(171)

1. Sí

2. No

9. N/R

Pase a Preg.22 (e) abajo.

c) Cuál método utilizaría?

(172)

1. Píldora

4. Condón

8. No sabe

2. D.I.U.

5. Otro

especificar

3. Esterilización

6. Cualquier método

9. N/R

Pase a preg.22 f

d) Sabe Ud. dónde puede conseguir este método?

(173)

1. Sí

(pase a preg.22 f)

2. No

(pase a preg.24)

e) Sabe Ud. donde puede conseguir cosas o métodos anticonceptivos para no quedar embarazada (encargar hijos)?

(174)

1. Sí

Continúe

2. No

Pase a Preg. 24

f) En qué lugar? (nombre)

(175)

1. Ministerio de Salud

5. Médico Clínica u Hospital

2. A.D.S.

6. Farmacia

3. ISSS

7. Otro lugar (especificar)

4. Ayudante de Salud

g) Cuánto tiempo tarda normalmente para llegar a ese lugar?

minutos \_\_\_\_\_ No sabe 999

Pase a Preg.24 MENOS SOLTERAS Y CASADAS  
sin hijos pase a preg.29 pág. 8

23) Sólo para las entrevistadas que usan actualmente  
a) Dónde consiguió (obtuvo) el método anticonceptivo que usa actualmente?

(179)

- 1. Hospital, Centro o Puesto del Ministerio de Salud
- 2. Clínica de la A.D.S.
- 3. Hospital o Clínica del Instituto del Seguro Social (ISSS)
- 4. Ayudante de Salud Rural
- 5. Médico, Clínica u Hospital Privado
- 6. Farmacia
- 7. En otro lugar (Almacén, Mercado, etc.) (especifique) \_\_\_\_\_
- 8. No se aplica (Ritmo, Lavado, Retiro)
- 9. No sabe

b) Cuánto tiempo tarda normalmente para llegar a ese lugar?

(180-182)

Minutos \_\_\_\_\_ No sabe 999 N/R -

SI LAS MUJERES HAN AFIRMADO EN PREGUNTA 21 ESTAR ESTERILIZADA O SUS ESPOSOS ( PASE A PREGUNTA 37) SI NO CONTINUE CON PREGUNTA 24 (SOLTERAS O CASADAS SIN HIJOS PASAR A 29)

24) Los hijos que usted tiene, son todos los que deseaba

(183)

- 1. Sí
- 2. No  → Pase a Preg.29

25) Estaría Ud. interesada en operarse o (esterilizarse) para no tener más hijos?

(184)

- 1. Sí
- 2. No  → Pase a Preg.33

26) Sabe Ud. dónde conseguir información o una cita relacionada con la operación?

(185)

- 1. Sí
- 2. No  → Pase a Preg.34 en Pág.8

27) En qué lugar ( nombre)? \_\_\_\_\_

(186)

28) Cuánto tiempo tarda para llegar a ese lugar?

(187-190)

Minutos \_\_\_\_\_ No sabe 999

29) Cuando Ud. tenga todos los hijos que desean y esté segura que no quiere más, estaría interesada en operarse o esterilizarse para no tener más?  (190)

1. Sí  2. No  → Pase a Preg.33

Continúe

30) Sabe Ud. dónde puede conseguir información o cita relacionada con la operación?  (191)

1. Sí  2. No  → Pase a preg.34

Continúe ↓

31) En que lugar (nombre)? \_\_\_\_\_  (192)

32) Cuánto tiempo tarda normalmente para llegar a ese lugar?  (193-195)

Minutos \_\_\_\_\_ No sabe 99

Pase a Preg. 34

33) Porqué no está interesada en operarse?  (196-197)

34) Si una persona de su comunidad fuera adiestrada para ofrecer los servicios de planificación familiar, llegaría Ud. a donde ellos para que le atendiera?  (198)

1. Sí  2. No  9. N/R

↓  
Pase a Preg.36 Pase a Preg.37 Pág.9

35) Cual sería el lugar o la persona más indicada en su comunidad de la que Ud. preferiría obtener las cosas o métodos anticonceptivos para no quedar embarazada?  (199)

1. Partera

6. Amiga o pariente

2. Tienda

7. Curandero

3. Farmacia

8. Otra  Especificar \_\_\_\_\_

4. Promotor (a) o ayudante de Salud

9. N/R

5. Aux. de Enf.

Pase a Preg.37 Pág.9

36) Porqué razón no haría uso de los servicios que ellos prestan?

(200-201)

37) NOTA: SOLO PARA LAS PERSONAS QUE HAN OIDO HABLAR POR LO MENOS DE UN METODO EN PREGUNTA 19. SI NO HAN OIDO HABLAR PASE A PREGUNTA 38.

Porqué medio supo (se enteró) - de la planificación familiar?

(202-203)

1. Programa de T.V.
2. Programa de radio
3. Folletos, Periódicos, Revistas, Libros, Películas
4. Cónyuge (esposa (o))
5. Parientes, amigos, vecinos
6. Farmacéuticos
7. Trabajadora Social
8. Dara Voluntaria
9. Médico, Enfermera Auxiliar
10. Otro medio \_\_\_\_\_
99. N.D./S.R.

38) Tiene usted radio?

EN CASO NEGATIVO PREGUNTE:

(204)

Puede escuchar el de otra persona?

1. Tiene radio y escucha
2. Tiene y no escucha
3. No tiene pero puede escucharlo
4. No tiene ni puede escucharlo

Depto a Preg. 45

39) Cuál estación de radio le gusta escuchar más?

 

(205-206)

40) A qué hora del día escucha más la radio? (obtenga hora precisa)

 

(207-208)

41) Qué tipo de programa de radio le gusta más?

(209)

1. Música, canciones, rancheras

2. Noticias

3. Programas religiosos

4. Radio-novelas

5. Programas educativos (consejos de agricultura o de hogar, etc)

6. Deportes

7. Otro

9. No sabe

42) Ha escuchado por radio (alguna vez) algún anuncio de planificación familiar?

(210)

1. Sí

2. No

9. N/R

Pase a Prog. 45

43) Cuándo fue la última vez que escuchó un anuncio de planificación familiar?

(211)

1. Hoy

4. Hace 8 días a un mes

2. Ayer

5. Hace más de un mes

3. Hace 2

9. N/R N.S.

ó 7 días

44) Díganos con sus propias palabras, que decía el último anuncio (de planificación familiar) que Usted escuchó? sondee para detalles

 

(212-213)

- 45) Tiene Ud. televisión aquí en la casa? EN CASO NEGATIVO PREGUNTE:  
 Puede ver en otro lugar por lo menos una vez a la semana?  
 1 Tiene TV  2. No tiene pero  3. No tiene ni   
 puede verla puede verla

(214)

Pase a preg.50

- 46) A qué hora del día ve más TV? obtenga una hora específica

(215-216)

99. No sabe

- 47) Cuál es su programa favorito de TV?

(217-218)

99. No sabe N/R

- 48) Ha visto Ud. por Tv (alguna vez) algún anuncio de planificación familiar?

(219)

1. Sí

2. No

9. N/R

Pase a Preg.50

Pase a Preg.50

- 49) Dígame con sus propias palabras que dice el último anuncio de planificación familiar que Ud. ha visto?

(220-221)

50) CANALES COLECTIVOS

Ha visto (alguna vez):

- a) Algún anuncio de planificación familiar en algún periódico?

1. Sí

2. No

9. N/R

- b) Un anuncio de planificación familiar en un teatro o cine?

1. Sí

2. No

9. N/R

- c) Un afiche o cartel sobre planificación familiar?

1. Sí

2. No

9. N/R

En qué lugar \_\_\_\_\_

(222)

(223)

(224-225)

d) Un folleto sobre planificación familiar?

1. Sí  2.No  9. N/R

En qué lugar: \_\_\_\_\_

(226-227)

51) CANALES INTERPERSONALES

a) Ha hablado alguna vez con un Médico, una enfermera, u otro (a) persona de salud sobre planificación familiar?

(228)

1. Sí  2.No  9. N/R

b) La han visitado en su casa, alguna vez un trabajador (a) de planificación familiar?

(229)

1. Sí  2.No  9. N/R

c) Ha asistido alguna vez una reunión sobre planificación familiar?

(230)

1. Sí  2.No  9. N/R

52) LOS ANUNCIOS MUCHAS VECES NO DICEN TODO LO QUE UNO DESEA SABER SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR.

A Ud. sobre que cosa de la planificación familiar le gustaría le dieran mayor información?

(231-232)

---



---

53)

ALGUNAS PERSONAS DE SU COMUNIDAD NO ESTAN USANDO ANTICONCEPTIVOS POR VARIAS RAZONES, AHORA LE VOY A MENCIONAR ALGUNAS DE ESTAS RAZONES Y ME DICE SI LAS CONSIDERA QUE SON MUY IMPORTANTES, ALGO IMPORTANTES O POCO IMPORTANTES.

	<u>MUY</u>	<u>ALGO</u>	<u>POCO</u>	<u>N.S.</u>	
a. Será qué teme de lo que pensarían sus familiares amigos o vecinos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (233)
b. Será qué la gente tiende a aceptar los embarazos que vienen sin preocuparse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (234)
c. Será qué los esposos no platican para ponerse de acuerdo en cuanto a utilizar algún método.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (235)
d. Será qué la gente no tiene un conocimiento suficiente de todos los diversos métodos anticonceptivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (236)
e. Será qué la gente no sabe dónde conseguir los métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (237)
f. Será qué la gente quiere tener más hijos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (238)
g. Será qué la gente ha oído rumores o cosas muy negativas sobre los métodos y les dá miedo usarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (239)
h. Será qué la gente cree que la planificación familiar está en contra la voluntad de Dios.	<input type="checkbox"/>				

	<u>MUY</u>	<u>ALGO</u>	<u>POCO</u>	<u>N.S.</u>	
i. Será qué la gente no se preocupa lo suficiente por el futuro de sus hijos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (241)
j. Será qué la gente prefiere los hijos varones y quiere seguir teniendo hijos hasta lograr hijas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (242)
k. Será qué la gente necesita que haya más hijos para ayudarles con el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (243)
l. Será qué la gente necesita que haya más hijos para sostenerles en un futuro cuando ya estén viejos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (244)
m. Será qué la gente necesita que haya más hijos por si acaso unos se mueren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (245)

RESULTADO DE LA ENTREVISTA (246)

VISITAS		
1a.	2a.	3a.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Realizada totalmente (completa)

No realizada totalmente:

2. Moradores ausentes en el momento de la visita

3. Ausencia de la sorteada en el momento de la visita

4. No hay MEF en el hogar

5. Rechazo durante la E.V. por la entrevistada por familiares

6. Rechazo total

7. Viviendas desocupadas (no tiene ocupantes)

8. Viviendas no encontrada o inexistente

9. La dirección no es vivienda

10. Otras causas (especificar) \_\_\_\_\_

VISITAS:

		1		2		3	
FECHA	Día	mes	Día	Mes	Día	Mes	

NOMBRE DE ENTREVISTADORA \_\_\_\_\_

SUPERVISORA: \_\_\_\_\_

Codificación solamente: Visita y fecha de entrevista

Visita:  (247)

Día:  (248-249)

Mes:  (250-251)

Observaciones: \_\_\_\_\_