

II. VIVIENDA, SALUBRIDAD Y CONFORT

1. Situación del SITIO que OCUPA

- Propio pagado
- Propio pagándose
- Propiedad conjunta del sitio
- Arrendado
- Cedido
- Ocupación irregular
- Departamento o condominio
- Otros. Especifique:

V1

2. ¿Cuántas VIVIENDAS hay en el SITIO?
(Para departamento, condomio, conventillo o cité anote 0)

V2

3. ¿Su vivienda es la principal del sitio?

- Si
- No

V3

4. Anote el número de PIEZAS de cada tipo que posee la VIVIENDA

Total (e+f+g)	Dormitorios Uso exclusivo	Estar- comer Uso Exclusivo	Estar- comer y dormir	Piezas habitables (b+c+d)	Baños	Otras piezas no habitables
a	b	c	d	e	f	g
V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10

5. ¿Dispone de ENERGÍA ELÉCTRICA?

Si,

- Con medidor particular
- Con medidor común
- Sin medidor

No,

- No dispone de energía eléctrica

V11

6. ¿Dispone de agua potable de la RED PÚBLICA?

Si,

- Con llave dentro de la vivienda
- Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
- Por acarreo

No,

- Con llave dentro de la vivienda
- Con llave dentro del sitio y fuera de la vivienda
- Por acarreo

V12

7. ¿Dispone de SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS?

Si,

- WC conectado al alcantarillado
- WC conectado a fosa séptica
- Letrina sanitaria
- Pozo negro

No,

- Dispone de sistema

V13

<p>8. Tipo de vivienda</p> <ol style="list-style-type: none"> Casa o cité Departamento Conventillo Mediagua Rancho, ruca o choza Callampa Otro. Especifique <p style="text-align: right;">V14</p>	<p>9. Situación de la vivienda que OCUPA</p> <ol style="list-style-type: none"> Propia pagada Propia pagándose Arrendada totalmente Arrendada por piezas Cedida Ocupación de hecho Otros. Especifique <p style="text-align: right;">V15</p>
--	--

<p>10a. ¿A través de cuál de éstos beneficios obtuvo la vivienda?</p> <ol style="list-style-type: none"> Ninguno a P.11 Subsidio habitacional (tradicional, SAF, subsidio unificado) Subsidio rural Vivienda básica (se le entregó la vivienda) Vivienda progresiva, I Etapa Vivienda progresiva, II Etapa Lote con servicios, caseta sanitaria Otro beneficio. Especifique No sabe <p style="text-align: right;">V16</p>	<p>10b. ¿En qué año recibió el beneficio?</p> <p style="text-align: right;">V17</p>
--	---

<p>11a. ¿Tiene deuda hipotecaria?</p> <ol style="list-style-type: none"> Si No a P.12 <p style="text-align: right;">V18</p>	<p>11b. ¿Renegoció su deuda hipotecaria?</p> <ol style="list-style-type: none"> Si No a P.12 <p style="text-align: right;">V19</p>	<p>11c. ¿Con qué institución?</p> <ol style="list-style-type: none"> SERVIU Banco del Estado Banco privado Otro <p style="text-align: right;">V20</p>
---	--	---

12. ¿Cuántos HOGARES hay en la VIVIENDA?
(Si contesta 1, pase a P.15)

V21

13. ¿Su HOGAR es el principal de la VIVIENDA?

- Si
- No

V22

14. Anote el número de PIEZAS de cada tipo que ocupa su HOGAR

Total (e+f+g)	Dormitorios Uso exclusivo	Estar- comer Uso Exclusivo	Estar- comer y dormir	Piezas habitables (b+c+d)	Baños	Otras piezas no habitables
a	b	c	d	e	f	g
V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29

<p>15.a Material de los MUROS</p> <ol style="list-style-type: none"> Mixto deficiente (Comb. mat. B) Ladrillo, concreto o bloque Albañilería de piedra Tabique forrado ambas caras Adobe Mixto bueno (Comb. mat. A) Barro, quincha o pirca Tabique sin forro interior Mixto aceptable (Comb. mat. A y B) Desecho (cartón, lata, sacos) <p style="text-align: right;">V30</p>	<p>15.b Calidad</p> <ol style="list-style-type: none"> Bueno Aceptable Malo <p style="text-align: right;">V31</p>
--	--

<p>16.a Material del PISO</p> <ol style="list-style-type: none"> Radier revestido (cubierto con parquet, cerámica, tabla, linóleo, flexit, baldosa, alfombra) Radier a la vista (no revestido) Madera sobre soleras o vigas Mixto bueno (Comb. mat. A) Madera, plástico o pastelones directamente sobre tierra Mixto aceptable (Comb. mat. A y B) Piso de tierra Mixto deficiente (Comb. mat. 5 y 7) <p style="text-align: right;">V32</p>	<p>16.b Calidad</p> <ol style="list-style-type: none"> Bueno Aceptable Malo <p style="text-align: right;">V33</p>
--	--

<p>17.a Material del TECHO</p> <ol style="list-style-type: none"> Teja, tejuela, losa o piedra Zinc o pizarreño con cielo interior Mixto bueno (Comb. mat. A) Zinc o pizarreño sin cielo interior Fonolita Paja, coirón, totora o caña Mixto aceptable (Comb. mat. A y B) Desecho (plásticos, latas, sacos) Mixto deficiente (Comb. mat. B) <p style="text-align: right;">V34</p>	<p>17.b Calidad</p> <ol style="list-style-type: none"> Bueno Aceptable Malo <p style="text-align: right;">V35</p>
--	--

18. ¿Está inscrito en algún programa habitacional?

1. Subsidio habitacional	Núcleo Familia 1	
2. Subsidio rural	Núcleo Familia 2	
3. PEV o PET	Núcleo Familia 3	
4. Vivienda básica	Núcleo Familia 4	
5. Vivienda progresiva	Núcleo Familia 5	
6. Otro. Especifique		
7. No está inscrito		
8. No sabe		

REGION			
PROVINCIA			
COMUNA			
AREA	1. Urbano		
	2. Rural		
SEGMENTO			
SITIO			
VIVIENDA			de _____
HOGAR			de _____
G.S.E	1. A	Alto	
	2. B		
	3. C1		
	4. C2	Medio	
	5. C3		
	6. D	Bajo	
	7. E		

Encuestador: _____

Calle: _____

Número : _____ Depto: _____

Ciudad: _____

Observación: _____

III. EDUCACION

15 ó más	Todos	24 años ó menos		Estudiantes		Todos		15 ó más años				1 a 4 en P13		Estudiantes																		
		7. ¿Sabe leer y escribir? 1. Si 2. No	8. ¿Asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil o sala cuna actualmente? 1. Si à P.11 2. No à P.9	9. ¿Tiene intención de incorporarse o reincorporarse a estudiar el próximo año? 1. Si 2. No	10. ¿Por qué no asiste actualmente a un establecimiento educacional, jardín infantil o sala cuna? 1. No existe establecimiento cercano 2. No existe cupo en establecimiento 3. Dificultad de acceso (movilización) 4. Dificultad económica 5. Está trabajando 6. Ayuda en casa 7. Requiere establecimiento especial 8. Maternidad o embarazo 9. No le interesa 10. No tiene edad 11. Prepara la PAA 12. Está realizando el Servicio Militar 13. Enfermedad 14. Problemas de alcoholismo o drogadicción 15. Problemas de conducta o rendimiento 16. Está buscando trabajo 17. Horario inconveniente 18. Otra razón Pase a P.13	11. ¿A qué jornada asiste? 1. Mañana 2. Tarde 3. 3/4 de jornada 4. Jornada completa 5. Vespertina	12. ¿A qué edad fue inscrito por primera vez en la sala cuna, jardín infantil o escuela? 1. Preescolar 2. Básica 3. Media humanística 4. Media técnica, profesional incompleta 5. Media técnica, profesional completa 6. Universitaria incompleta 7. Universitaria completa 8. Instituto profesional y CFT incompleta 9. Instituto profesional y CFT completa 10. Universitaria postgrado 11. Educación especial 12. Ninguno	13a. Curso	13b. Tipo	14. En los últimos 3 años ¿ha realizado curso de: a. Academia? b. Curso de Alfabetización y post-alfabetización? c. Preuniversitario? d. Otro? 1. Si 2. No				15. ¿Recibe Alimentación en el establecimiento educacional? 1. Desayuno u onces 2. Almuerzo 3. Desayuno y almuerzo o almuerzo y onces 4. Desayuno, almuerzo y onces 5. No recibe Estudiantes Preescolares Básicos o Medios		16. En el presente AÑO ESCOLAR 1992 ¿Ha recibido alguno de los siguientes beneficios 1. Si 2. No ¿Con qué periodicidad? 1. Anual 2. Semestral 3. Mensual										17. Establecimiento Educacional al cual ASISTE ACTUALMENTE (Año 1992)						
										Útiles Escolares?		Textos Escolares?		Pase Escolar?		Atención Dental?		Atención Médica?		Crédito Fiscal?		Beca de Matricula?		Otras Becas?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> E26 0. Fiscal 1. Corporación Municipal 2. Municipal 3. Particular Sub. 4. Particular no sub. 5. Corporación de administración delegada 6. INTEGRA 7. JUNJI 8. Sin Información 9. Sin Dato </div>						
f		g		h		a	b	c																								
7	8	9	10	11	12	13a. Curso	13b. Tipo	a	b	c	d	15		a	b	c	d	e	Mont	P.	Mont	P.	Mont	P.	Nombre	Dirección	Comuna					
1	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9a	E9b	E9c	E9d	E10		E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24				
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																

IV. SALUD

1. La última vez que fue al consultorio o posta rural más cercana a su domicilio, ¿cuánto tiempo esperó hasta ser atendido por el profesional de la salud? <i>(En minutos)</i>	4a. En los últimos 3 meses, ¿retiró alimentos del consultorio? Si, 1. Leche Purita 26% 2. Leche cereal y arroz 3. Leche cereal y arroz 4. Leche 26% y arroz No, 5. No retiró 6. No sabe	5a. ¿Se ha hecho el examen de Papanicolau? <i>(Mujeres de 15 o más)</i> 1. Nunca 2. Si, hace más de 3 años 3. Si, en los últimos 3 años 4. No sabe	6. ¿FUMÓ en el último mes? 1. No 2. Si, esporádicamente 3. Promedio 1 a 9 cigarrillos al día 4. Promedio 10 a 19 cigarrillos al día 5. Más de 20 cigarrillos al día 6. Si, no sabe cuantos 7. No Contesta	8. En los últimos 3 meses, ¿sufrió ENFERMEDAD o ACCIDENTE? 1. Si, con atención 2. Si, sin atención pues no fue necesario o se autorecetó 3. Si, sin atención pues tuvo dificultades para ser atendido 4. Si, sin atención por otro motivo 5. No 6. No contesta
2. ¿Cuál es el estado nutricional del niño?	(Embarazadas, nodrizas, niños 5 ó menos años)	5b. ¿Por qué? Sólo 1 y 2 en P.5a	7. ¿Recibió ATENCIÓN DENTAL en los últimos 6 meses?	9. En los últimos 3 meses, ¿sufrió alguno de los siguientes accidentes?
1. Normal 2. Riesgo biomédico 3. Desnutrido 4. Sobrepeso u obeso 5. No sabe (5 ó menos años)	4b. ¿Por qué no retira alimentos? 1. Le cuesta llegar 2. Le queda lejos 3. Tiene que llevar al niño, el cual se puede enfermar 4. Horario de atención del consultorio 5. Le ponen problemas en el consultorio 6. No sabe acceder a este programa 7. No le interesa 8. No sabe	1. No lo conoce 2. No sabe como acceder a él 3. No le interesa 4. Le da miedo o no le gusta hacérselo 5. Dejación 6. Otro. Especifique	1. Si, de urgencia 2. Si, control sin tratamiento 3. Si, tratamiento 4. Solicitó atención y no se la dieron 5. Necesitó, pero no la solicitó 6. No necesitó 7. No contesta	1. Si, del tránsito 2. Si, del trabajo 3. Si, del hogar 4. Si, otro 5. No
3. ¿Cuál es el estado nutricional de la embarazada?				
1. Normal 2. Bajo peso 3. Sobrepeso u obesa 4. No sabe				

De los siguientes tipos de atenciones o prestaciones de salud ¿Cuántas recibió en los ÚLTIMOS TRES MESES?		
10. a Establecimiento ¿En qué establecimiento recibió atención? 1. Hospital S.N.S.S. 2. Consultorio de especialidades S.N.S.S. 3. Consultorio general o posta rural (estatal) 4. Centro médico o consulta privada 5. Clínica u Hospital Privado 6. En su domicilio con profesional privado 7. Establecimiento de F.F.A.A. 8. SAPU 9. Otro. Especifique 10. No sabe	10. b Cancelación ¿Tuvo que efectuar alguna cancelación? 1. Si, parcial (grupo C y D) 2. Si, parcial con bono FONASA ex SERMENA 3. Si, parcial ISAPRE 4. Si, total 5. No, gratuito (Indigencia, grupo A y B) 6. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (grupo C y D) 7. No, ISAPRE 8. Otros. Especifique 9. No sabe	10. c. Receta ¿Le recetaron algún medicamento? 1. Si, los recibí todos gratis 2. Si, algunos gratis y otros los compré 3. Si, algunos gratis y otros no pudo comprarlos 4. Si, los compré todos 5. Si, compré algunos 6. Si, pero no pudo comprar ninguno 7. No le recetaron 8. No sabe o no se acuerda

11. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece UD.?	12. En el último año, ¿ha recibido atenciones en:
0. No sabe 1. Sistema público (grupo B) 2. Sistema público (grupo C) 3. Sistema público (grupo D) 4. Sistema público (No sabe el grupo) 5. F.F.A.A. 6. ISAPRES 7. Particulares 8. Otro sistema. Especifique 9. No tiene (indigente, grupo A)	a. Servicio Atención Pública Urgencia b. Programa Salud Mental Consultorio c. Atención 17 a 22 horas Consultorio d. Programa Adolescente Embarazo Consultorio e. Exámenes Laboratorio en Consultorio 1. Si 2. No 3. No sabe

	Control preventivo de salud				Consulta 1 Enfermedad o accidente				Consulta 2 Enfermedad o accidente				Consulta Especialidad				Consulta de Urgencia				Atención Dental				Exámenes de Laboratorio				E. de Rayos o ecografía				Intervención quirúrgica				Últimos Seis Meses		Hospitalización		11	12a	12b	12c	12d	12e			
	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	N°	Est	Can	Rec	Tipo	Est	Can	Días	Est	Can											
1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5				
3																																																	
4																																																	
5																																																	
6																																																	
7																																																	
8																																																	
9																																																	
10																																																	

V. OCUPACION (12 años y más)

Situación de actividad		OFICIO	ACTIVIDAD	POSICIÓN	CONTRATO	TAMAÑO	LUGAR	PREVISIÓN	INGRESO		JORNADA		DESOC.	PREVISIÓN	CAPACITACIÓN				
1. TRABAJO UD la semana pasada? 1. Si a P.5 No ↓ No Siquiera una hora No Ayudando a un familiar No como aprendiz sin pago No Vendiendo algún producto 1. Si a P.5 2.No a P.2	2. Aunque no trabajó, ¿tenía algún empleo del cual estuvo AUSENTE TEMPORAL por licencia, huelga, enfermedad, vacaciones u otras? 1. Si a P.5 2. No a P.3	3. ¿Buscó trabajo en los últimos dos meses? 1. Si a P.14 2. No a P.4	4. ¿Por qué NO BUSCÓ trabajo en los últimos dos meses? 1. Quehaceres del hogar 2. No tiene con quien dejar los niños 3. Enfermedad crónica o inválida 4. Estudiante 5. Jubilado 6. Rentista 7. Tiene trabajo esporádico 8. Se aburrir de buscar 9. Otra razón a P.15	5. ¿Cuál es su OCUPACIÓN U OFICIO actual? O ¿qué hace usted en su trabajo? a P.6	6. ¿Qué clase de ACTIVIDAD realiza esta empresa, industria o servicio? a P.7	7. En su ocupación ¿UD. trabaja como...? 1. Empleador o patrón 2. Trabajador por cuenta propia 3. Obrero o empleado 4. Servicio doméstico puertas adentro 5. Servicio doméstico puertas afuera 6. Familiar no remunerado 7. F.F.A.A. y de Orden 8. No sabe 1, 2, 6, 7, 8 a P.9 3, 4, 5 a P.8	8. ¿En su trabajo actual ha firmado alguna vez un CONTRATO DE TRABAJO? Si, 4 No a P.9 ↓ Recibió copia de su contrato firmado por el empleador? Si, 3 No a P.9 ↓ Guarda copia de su contrato actual 1 Si a P.9 2 Si a P.9	9. ¿Cuántas PERSONAS TRABAJAN en ese negocio, oficina o empresa? Incluye al Entrevistado 1. Una persona 2. 2 a 5 3. 6 a 9 4. 10 a 49 5. 50 a 199 6. 200 y más 7. No sabe 4, 5, 6, 7 a P.11 1, 2, 3 a P.10	10. ¿Dónde realiza su actividad o dónde se ubica el establecimiento en el que trabaja? 1. Dentro de la vivienda donde reside 2. Dentro de una vivienda, No la propia 3. Taller o local anexo a una vivienda 4. Predio, taller, local u oficina independiente 5. A domicilio 6. En la vía pública 7. Otro lugar. 8. No sabe a P.11	11. ¿Se encuentra COTIZANDO en algún sistema de previsión? 1. S.S.S 2. CANAEMPU 3. EMPART 4. AFP 5. CAPREDENA 6. Otro 7. No está cotizando 8. No sabe a P.12	12. ¿Cuál fue su INGRESO O REMUNERACIÓN líquida el mes pasado? <i>Periodicidad</i> 1. Mensual 2. Quincenal 3. Semanal 4. Diario 5. Semestral 6. Anual a P.13		13. ¿A qué JORNADA DE TRABAJO correspondió ese ingreso o remuneración del mes anterior? <i>Indique HORAS semanales y DIAS semanales</i> a P.16		14. ¿Ha trabajado alguna vez? 1. Si 2. No a P.15	15. ¿Se encuentra AFILIADO a algún sistema previsional? 1. S.S.S 2. CANAEMPU 3. EMPART 4. AFP 5. CAPREDENA 6. Otro 7. No está afiliado 8. No sabe a P.16	16. ¿Ha asistido a algún curso de CAPACITACIÓN LABORAL en los últimos 3 años? 1. Si 2. No 3. No sabe a P.17	17. ¿Tiene intenciones de asistir a un curso de CAPACITACIÓN LABORAL el próximo año? 1. Si 2. No 3. No sabe a P.18	
											Monto (\$)	Periodo	Horas	Días					12a
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12a	12b	13a	13b	14	15	16	17	
1	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	YO12	YO13	O14	O15	O16	O17	O18	O19
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

I. RESIDENTES

RESIDENTES						
1. Parentesco respecto al JEFE DE HOGAR	1. Jefe de hogar 2. Cónyuge o pareja 3. Hijo 4. Padres, suegros 5. Yerno, nuera 6. Nieto 7. Hermano, cuñado 8. Otro familiar 9. No familiar					
2. Sexo	1. Hombre 2. Mujer					
3. Edad	(años cumplidos)					
4. Núcleo Familiar	(número)					
5. Parentesco respecto al JEFE DE NUCLEO	1. Jefe de núcleo 2. Cónyuge, pareja 3. Hijo 8. Otro familiar 9. No familiar					
6. Estado Civil	1. Casado 2. Conviviente 3. Anulado 4. Separado 5. Viudo 6. Soltero					

VI. OTROS INGRESOS

Ocupados	Todos																	
18. Otros INGRESOS DEL TRABAJO	19. OTROS INGRESOS						20. TRANSFERENCIAS DEL ESTADO						21. PREVISION					
¿Además del ingreso líquido declarado en la P.12, recibió en el mes pasado OTRO INGRESO proveniente del trabajo?	¿Recibió ingresos el mes pasado por ...?						¿Recibió el mes pasado ingresos por:						a. Recibió el mes pasado ingresos por:				b. Asignación Familiar	
TIPO DE INGRESO 1. Bonificaciones, gratificaciones 2. Remuneraciones en especie 3. Retiro de productos o mercaderías para consumo propio 4. Ingresos por otros trabajos realizados (secundario, esporádico u ocasional) 0. No tiene otros ingresos	TIPO DE INGRESO 1. Arriendo 2. Intereses o rentas de bonos, acciones o ahorro 3. Arriendo estimado por el uso de la vivienda propia o cedida (sólo Jefe de Hogar) 4. Donaciones 5. Mesada o pensión matrimonial 6. Valor del consumo de productos agrícolas producidos por el hogar (huertos, etc.) Especifique 7. Otros ingresos. Especifique 0. No tiene otros ingresos						1. Pensiones asistenciales PASIS? 2. Subsidio de CESANTÍA? 3. Subsidio único familiar SUF? (Anotar en el casillero del beneficiario) 4. Subsidio de AGUA POTABLE? (Si contesta SI, anotar CUÁNTO PAGÓ DE AGUA el mes pasado en el casillero del Jefe de Hogar) 5. Otro? Especifique 0. No recibió subsidio						INGRESOS 1. Jubilaciones 2. Pensiones de invalidez 3. Montepíos o pensión de viudez 0. No recibió INSTITUCION 1. AFP 2. INP 3. Instituciones FF.AA. 4. Otras instituciones				Anote el N° de cargas y el monto total	
PERIODICIDAD 1. Anual 2. Semestral 3. Cuatrimestral 4. Trimestral 5. Bimensual 6. Mensual	PERIODICIDAD 1. Anual 2. Semestral 3. Cuatrimestral 4. Trimestral 5. Bimensual 6. Mensual																	

	1	2	3	4	5	6	Tipo	Monto	Per	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Inst	Tipo	Monto	Inst	Cargas	Monto															
	PC01	SEXO	EDAD	NUCLEO	PC02	ECIVIL	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	Y11	Y12	Y13	Y14	Y15	Y16	Y17	Y18	Y19	Y20	Y21	Y22	Y23	Y24	Y25	Y26	Y27	Y28	Y29	
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				