



# ENDISC II 2015



## CONFIDENCIAL

Esta encuesta está autorizada por la ley N° 17.374. Toda la información se mantendrá con carácter estrictamente confidencial, bajo secreto estadístico.

## IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

### FORMULARIO

N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### IDR

### INFORMACIÓN DE MARCO MUESTRAL

REGIÓN	PROVINCIA	COMUNA	DISTRITO CENSAL	TIPO DE ESTRATO	ZONA CENSAL	CÓDIGO DE MANZANA	CÓDIGO DE SECCIÓN

### 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 RPH			
Kish Adulto			
Kish Infantil			

### Observaciones

# CUESTIONARIO DEL HOGAR

Hora de inicio   :

## MÓDULO H: REGISTRO DE PERSONAS EN EL HOGAR

### TODAS LAS PERSONAS

**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.
- Luego, consulte por las personas que viven habitualmente en el hogar.
- 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.
- Escriba el nombre de pila de todas las personas del hogar
- 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
- No se olvide de quienes residen transitoriamente fuera del hogar ya sea por estudio, trabajo, negocio, enfermedad, vacaciones u otra razón, siempre que los periodos de ausencia no superen los 6 meses (con excepción del jefe(a) de hogar y de los niños menores de 6 meses).

**H1. ¿Qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe o jefa de este hogar?**

*Si es sólo un residente registre 1.*

1. Jefe(a) de hogar
2. Esposo(a), pareja
3. Hijo(a) de ambos
4. Hijo(a) sólo de jefe(a)
5. Hijo(a) sólo de esposo(a)/pareja
6. Padre o madre
7. Suegro(a)
8. Yerno o nuera
9. Nieto(a)
10. Hermano(a)
11. Cuñado(a)
12. Otro familiar
13. No familiar
14. Servicio doméstico puertas adentro

**H2. ¿Es [NOMBRE] hombre o mujer?**

*Pregunte sólo si no es evidente.*

1. Hombre
2. Mujer

**H3. ¿Qué edad tiene [NOMBRE]?**

*Registre la edad en años cumplidos. Anote "0" en caso de niños menores de 1 año.*

**H4. ¿Cuál es el estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?**

*Lea las alternativas.*

1. Casado(a)
2. Conviviente o pareja
3. Anulado(a)
4. Separado(a)
5. Divorciado(a)
6. Viudo(a)
7. Soltero(a)

**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?**

*Identifique las parejas utilizando un número correlativo de 1 a n. Si no hay parejas, deje en blanco.*

Total Parejas

**H6. Me puede indicar, ¿qué personas aquí son hijos o dependen de otros?**

- 1º Asigne el número "0" al servicio doméstico y a sus dependientes.
- 2º Copie los números con los que identificó cada pareja en las columnas anteriores frente a cada miembro de la pareja.
- 3º Partiendo de los miembros de menor edad, identifique de quién es hijo o depende cada integrante que no forma parte de una pareja.
- 4º Asigne a esta persona el mismo número de la pareja de la cual es hijo o depende.
- 5º Si hay personas que no son hijos o no dependen de otros, asigne un nuevo número correlativo.
- 6º Y así sucesivamente hasta que todos los miembros queden identificados.
- 7º Si es sólo un residente registre 1.

Total Núcleos

➔ Pasa a H8 si Total Núcleos = 1

**SOLO SI HAY MÁS DE 1 NÚCLEO**

**H7.a. ¿Quién es el jefe o la jefa de este núcleo?**

1. Jefe(a) de Núcleo

**H7.b. ¿Y qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe o la jefa de este núcleo [NOMBRE JEFE(A) DE NÚCLEO]?**

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 familiar

**H8. ¿En qué país nació [NOMBRE]?**

*No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea.*

1. Chile
2. Otro país. Especifique.

**H9. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas. ¿Pertenece [NOMBRE] o es descendiente de alguno de ellos?**

*Lea las alternativas*

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

**H10. [NOMBRE] ¿Residió en esta vivienda entre noviembre de 2013 y enero de 2014?**

1. Sí
2. No

N°	Nombre de pila	Parentesco con Jefe de Hogar	Sexo	Edad	Kish Adulto	Kish Infantil	Parejas			N° de Núcleo	Parentesco con Jefe de Núcleo	H8	H8. Especifique	H9	H10
							H4	Legal	Hecho						
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><b>E1. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?</b></p> <p>1. Sí ➔ <b>Pasa a E4</b> 2. No</p> <p>➔ <b>Pasa a E2 si tiene 0 a 6 años</b> ➔ <b>Pasa a E3 si tiene 7 a 30 años</b> ➔ <b>Pasa a E4 si tiene 31 años o más</b></p>	<p><b>E3. ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a algún establecimiento educacional?</b></p> <p><i>No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea considerando sólo la más importante</i></p> <p><b>Razones personales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayuda en la casa o quehaceres del hogar</li> <li>2. Embarazo, maternidad o paternidad</li> <li>3. Tiene una discapacidad</li> <li>4. Requiere establecimiento de educación especial</li> <li>5. Enfermedad que lo inhabilita</li> <li>6. Problemas familiares</li> <li>7. No le interesa</li> <li>8. Terminó de estudiar</li> <li>9. A su edad no le sirve estudiar o no conoce la manera para completar sus estudios</li> </ol> <p><b>Razones económicas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Dificultad económica</li> <li>11. Trabaja o busca trabajo</li> </ol> <p><b>Razones de rendimiento</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Problemas de rendimiento</li> <li>13. Expulsión o cancelación de matrícula</li> </ol> <p><b>Razones de acceso a establecimiento educacional</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. No existe establecimiento cercano</li> <li>15. Problemas de accesibilidad (ej. escuela con barreras arquitectónicas)</li> <li>16. Problemas de transporte</li> <li>17. Otra razón. Especifique:</li> </ol> <p>➔ <b>Pasa a E4</b></p>	<p><b>E4. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o nivel educacional actual?</b></p> <p><i>Muestre tarjeta N° 1</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca asistió ➔ <b>Pasa a O1</b></li> <li>2. Jardín Infantil / Sala Cuna</li> <li>3. Kinder / Pre Kinder</li> <li>4. Educación Especial (diferencial)</li> <li>5. Primaria o Preparatoria (sistema antiguo)</li> <li>6. Educación Básica</li> <li>7. Humanidades (sistema antiguo)</li> <li>8. Educación Media Científico-Humanista</li> <li>9. Técnica Comercial, Industrial o Normalista (sistema antiguo)</li> <li>10. Educación Media Técnica Profesional</li> <li>11. Técnico Nivel Superior (carreras de 1 a 3 años)</li> <li>12. Profesional (carreras de 4 años o más)</li> <li>13. Postgrado</li> </ol> <p style="text-align: right;">} <b>Pasan a E7</b></p> <p><b>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)?</b></p> <p><b>E6. ¿Completó el nivel educacional anteriormente declarado?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>						
<b>PERSONAS DE 0 A 6 AÑOS QUE NO ASISTEN (E1=2)</b>		<b>PERSONAS QUE ASISTEN ACTUALMENTE (E1=1)</b>						
<p><b>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?</b></p> <p><i>No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea considerando sólo la más importante</i></p> <p><b>Razones personales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa</li> <li>2. No me parece necesario que asista a esta edad</li> <li>3. Desconfío del cuidado que recibiría</li> <li>4. Se enfermaría mucho</li> <li>5. Tiene una discapacidad</li> <li>6. Requiere establecimiento de educación especial</li> </ol> <p><b>Razones económicas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Dificultad económica</li> <li>8. No me alcanza el puntaje de la Ficha de Protección Social (FPS) para postular</li> </ol> <p><b>Razones de acceso a establecimiento educacional</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. No hay matrícula (vacantes)</li> <li>10. No lo/a aceptan</li> <li>11. No existe establecimiento cercano</li> <li>12. Problemas de accesibilidad (ej. escuela con barreras arquitectónicas)</li> <li>13. Problemas de transporte</li> <li>17. Otra razón. Especifique:</li> </ol> <p>➔ <b>Pasa a E4</b></p>		<p><b>E7. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento educacional?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Municipal</li> <li>2. Particular Subvencionada</li> <li>3. Corporación de Administración Delegada</li> <li>4. Particular no Subvencionada</li> <li>5. JUNJI</li> <li>6. INTEGRAL</li> <li>7. Jardín o sala cuna del trabajo de la madre o padre</li> <li>8. Universidad del Consejo de Rectores</li> <li>9. Universidad Privada</li> <li>10. Instituto Profesional</li> <li>11. Centro de Formación Técnica</li> <li>88. No sabe</li> </ol>						
<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E2. Especifique</b>	<b>E3</b>	<b>E3. Especifique</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

## MÓDULO O: TRABAJO

### PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS

**O1. La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?**

1. Sí ➔ **Pasa a O9**
2. No

**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?

1. Sí ➔ **Pasa a O9**
2. No

**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?**

1. Sí ➔ **Pasa a O9**
2. No

**O4. ¿Ha trabajado alguna vez?**

1. Sí
2. No

**O5. Si le ofrecieran un trabajo, ¿estaría disponible para comenzar a trabajar?**

*Lea alternativas*

1. Sí, ahora mismo
2. Sí, en otra época del año
3. No

**O6. ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas?**

1. Sí ➔ **Pasa a O8**
2. No

**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?**

*No lea las alternativas. Registre respuesta espontánea considerando sólo la más importante*

**Possibilidad de empezar a trabajar pronto**

1. Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará pronto una actividad por cuenta propia
2. Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas

**Pasan a O8**

**Limitaciones de condiciones familiares o personales**

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

**Percepción de limitaciones personales**

7. Piensa que nadie le dará trabajo (porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.)

**Condiciones laborales no se adecuan a expectativas**

8. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan
9. Ofrecen sueldos muy bajos

**Tiene otra actividad o renta**

10. Quehaceres del hogar
11. Estudiante
12. Jubilado(a), pensionado(a) o montepiado(a)
13. Tiene otra fuente de ingreso (seguro de cesantía, mesadas, rentas, transferencias del Estado, etc.)

**Pasan a O13**

**Otros**

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

**O8. ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo?**

*Anote el número de semanas*

➔ **Pasa a O13**

	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)

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo o negocio principal  
**O9.a. ¿Cuál es su ocupación u oficio?**

*Indique el nombre completo del empleo y facilite detalles, por ejemplo:*

- Recolector de frutas
- Profesor de escuela nivel secundario
- Enfermera titulada
- Conductor de bus
- Guardia de seguridad
- Gerente de una empresa

ESCRIBA EN LA COLUMNA LO QUE EL ENCUESTADO LE RESPONDA

**O9.b. ¿Qué hace usted en su trabajo o negocio principal?**

*Facilite detalles, por ejemplo:*

- 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

ESCRIBA EN LA COLUMNA LO QUE EL ENCUESTADO LE RESPONDA

	O9.a	O9.b	CIUO-88
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)		PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS		
<p><b>O10. En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja como?</b></p> <p><i>Lea alternativas</i></p> <p>1. Patrón o empleador 2. Trabajador por cuenta propia } <b>Pasan a O13</b></p> <p>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 doméstico puertas adentro 7. Servicio doméstico puertas afuera 8. FF.AA. y de Orden</p> <p style="text-align: center;">} <b>Pasan a O11</b></p> <p>9. Familiar no remunerado → <b>Pasa a O13</b></p>	<p><b>O11. En su trabajo principal, ¿qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene?</b></p> <p><i>Lea alternativas</i></p> <p>1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo</p>	<p><b>O12. Según su contrato de trabajo o el acuerdo con su empleador, ¿su jornada de trabajo normal es:?</b></p> <p>1. Jornada completa 2. Jornada parcial 3. Jornada prolongada 77. Otra</p>	<p><b>O13. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</b></p> <p>1. Sí 2. No 88. No sabe } <b>Pasan a Módulo Y</b></p> <p><b>O14. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún sistema previsional (sistema de pensiones)?</b></p> <p>1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización obligatoria del trabajador dependiente</p> <p>2. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización voluntaria del trabajador independiente</p> <p>3. Sí, IPS ex INP [Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras]</p> <p>4. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA)</p> <p>5. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA)</p> <p>6. Sí, otra. Especifique</p> <p>7. No está cotizando</p> <p>88. No sabe</p>		
O10	O11	O12	O13	O14	O14. 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 PRINCIPAL

**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

**Y1**

**Y2**

**Y3**

**Y4**

**Y5**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**MÓDULO Y: INGRESOS**

<b>OCUPADOS (O1=1; O2=1; O3=1)</b>	<b>FAMILIARES NO REMUNERADOS (O10 =9), DESOCUPADOS O INACTIVOS (O4=1 ó 2)</b>	<b>TODAS LAS PERSONAS</b>	
--	---	---------------------------	--

<i>INGRESOS DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA</i>	<i>INGRESOS DEL TRABAJO DE FAMILIARES NO REMUNERADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS</i>	<i>OTROS INGRESOS DE ORIGEN PRIVADO</i>	
--	---	---	--

<p><b>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.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>	<p><b>Y7. El mes pasado, ¿recibió algún sueldo o pago por trabajo, actividades o negocios que usted haya realizado ese mes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>	<p><b>Y8. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por arriendos de propiedades urbanas o de maquinarias, animales o implementos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>	<p><b>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?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>
<b>Y6</b>	<b>Y7</b>	<b>Y8</b>	<b>Y9</b>

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><b>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?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>	<p><b>Y11. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto ingreso recibió por alguno de los siguientes subsidios, bonos o aportes del Estado?</b></p> <p><i>Muestre tarjeta N° 2</i></p> <p><i>Esta pregunta considera todos los subsidios y aportes del Estado que <b>no se entregan mensualmente</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>	<p><b>Y12. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por alguno de los siguientes subsidios, bonos, pensión o aporte del Estado?</b></p> <p><i>Muestre tarjeta N° 3</i></p> <p><i>Esta pregunta considera todos los subsidios y aportes del Estado de <b>periodicidad mensual</b>. 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"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>	<p><b>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?</b></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"> <li>• Anote el monto declarado en pesos</li> <li>• Anote el monto en el receptor</li> <li>• Si no tuvo ingreso anote 0</li> <li>• Si no sabe anote 88</li> <li>• Si no contesta anote 99</li> </ul>
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?**

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

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   :

En caso que el informante Kish esté incapacitado para responder, anote el número de línea del RPH correspondiente a la persona que responderá por él. [  ]

### 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.

Muestre tarjeta N° 4

		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
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
MOVILIDAD	D1 Ponerse de pie estando sentado/a?	1	2	3	4	5	88	99
	D2 Estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5	88	99
	D3 Salir fuera de casa?	1	2	3	4	5	88	99
	D4 Caminar distancias cortas tales como una cuadra o 100 metros?	1	2	3	4	5	88	99
	D5 Caminar diez cuadras o un kilómetro?	1	2	3	4	5	88	99
	D6 Realizar actividades físicamente exigentes, como jugar fútbol, levantar objetos pesados, andar en bicicleta o correr?	1	2	3	4	5	88	99
	D7 Llegar a los lugares donde ha querido ir?	1	2	3	4	5	88	99
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
USO DE EXTREMIDADES	D8 Manipular objetos pequeños o abrir un envase?	1	2	3	4	5	88	99
	D9 Levantar una botella de agua de dos litros llena, desde la cintura hasta el nivel de los ojos?	1	2	3	4	5	88	99
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
CUIDADO PERSONAL	D10 Asearse o vestirse?	1	2	3	4	5	88	99
	D11 Alimentarse?	1	2	3	4	5	88	99
	D12 Utilizar el baño (W.C.)?	1	2	3	4	5	88	99
	D13 Cortarse las uñas de los pies?	1	2	3	4	5	88	99
	D14 Cuidar de su salud, como por ejemplo hacer ejercicio, alimentarse bien o tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5	88	99
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
VISTA	D15 Ver objetos de lejos?	1	2	3	4	5	88	99
	D16 Ver objetos de cerca?	1	2	3	4	5	88	99
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
AUDICIÓN	D17 Oír una conversación en un lugar silencioso?	1	2	3	4	5	88	99
	D18 Oír una conversación en una habitación con ruido alrededor?	1	2	3	4	5	88	99
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
DOLOR	D19 Sentir algún dolor físico, por ejemplo dolor de espalda, dolor de estómago o dolor de cabeza?	1	2	3	4	5	88	99
En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...								
ENERGÍA Y MOTIVACIÓN	D20 Dormir?	1	2	3	4	5	88	99
	D21 Sentirse cansado y no tener suficiente energía?	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, tales como lentes, audífonos, bastón, silla de ruedas, prótesis, elementos tecnológicos, entre otros.**

		1 Nada problemático	2 Levemente problemático	3 Moderada- mente problemático	4 Severa- mente problemático	5 Extremada- mente problemático / No puede hacerlo	88 No sabe	99 No responde	
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
RESPIRACIÓN	D22	Sentir falta de aire?	1	2	3	4	5	88	99
	D23	Toser o respirar con dificultad?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
EMOCIÓN	D24	Sentirse triste, bajo de ánimo o deprimido/a?	1	2	3	4	5	88	99
	D25	Sentir preocupación, nerviosismo o ansiedad?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
RELACIONES INTERPERSONALES	D26	Llevarse bien con personas cercanas, incluyendo su familia y amigos?	1	2	3	4	5	88	99
	D27	Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5	88	99
	D28	Hacer nuevas amistades o mantener las actuales?	1	2	3	4	5	88	99
	D29	Tener una relación de pareja?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
MANEJO DEL ESTRÉS	D30	Manejar el estrés?	1	2	3	4	5	88	99
	D31	Enfrentar todas las tareas que tiene que hacer?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
COMUNICACIÓN	D32	Ser entendido, utilizando su lenguaje habitual?	1	2	3	4	5	88	99
	D33	Entender a otros, utilizando su lenguaje habitual?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
COGNICIÓN	D34	Olvidar cosas/tener mala memoria?	1	2	3	4	5	88	99
	D35	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer en su día a día?	1	2	3	4	5	88	99
	D36	Encontrar soluciones a los problemas del día a día?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
VIDA DOMÉSTICA	D37	Completar las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura?	1	2	3	4	5	88	99
	D38	Administrar el dinero que posee?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD Y CIUDADANÍA	D39	Hacer cosas que lo relajen o que lo hagan disfrutar?	1	2	3	4	5	88	99
	D40	Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades comunales?	1	2	3	4	5	88	99
	D41	Participar en la política local o nacional y en organizaciones de la sociedad civil?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
CUIDADO DE OTROS	D42	Cuidar o dar apoyo a otros?	1	2	3	4	5	88	99
		En los últimos 30 días, ¿qué tan problemático ha sido para usted...							
TRABAJO Y ESTUDIOS	D43	Postular o conseguir un empleo?	1	2	3	4	5	88	99
	D44	Acceder a una educación superior? Ejemplos: CFT, IP, Universidad	1	2	3	4	5	88	99
	D45	Utilizar los servicios de transporte público?	1	2	3	4	5	88	99
	<b>Responde sólo si trabaja actualmente (O1 = 1; O2 = 1; O3 = 1)</b>								
	D46	Realizar las tareas que le solicitan en su empleo?	1	2	3	4	5	88	99
	<b>Responde sólo si estudia actualmente (E=1)</b>								
	D47	Realizar las tareas que le solicitan en su establecimiento educacional?	1	2	3	4	5	88	99

## MÓDULO C: CAPACIDAD Y CONDICIÓN DE SALUD

		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
C1	En relación a su salud en general, incluyendo tanto su salud física como su salud mental: ¿Cómo <u>calificaría</u> su <u>estado de salud hoy</u> ?	1	2	3	4	5
<i>Lea las alternativas</i>						

**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:**

*Muestre tarjeta N° 5*

		1 Ninguna	2 Leve	3 Moderada	4 Severa	5 Extrema / imposibilidad	88 No sabe	99 No responde
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...								
C2	Ver, sin anteojos ópticos o lentes?	1	2	3	4	5	88	99
C3	Oír, sin dispositivo de ayuda para oír o audífono?	1	2	3	4	5	88	99
C4	Caminar o subir peldaños?	1	2	3	4	5	88	99
C5	Recordar cosas o concentrarse?	1	2	3	4	5	88	99
C6	Asearse o vestirse?	1	2	3	4	5	88	99
C7	Comunicarse, por ejemplo comprender o ser entendido usando su lenguaje habitual?	1	2	3	4	5	88	99
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...								
C8	Alimentarse?	1	2	3	4	5	88	99
C9	Utilizar el baño (W.C.)?	1	2	3	4	5	88	99
C10	Acostarse y levantarse de la cama?	1	2	3	4	5	88	99
C11	Salir a la calle?	1	2	3	4	5	88	99
C12	Hacer compras o ir al médico?	1	2	3	4	5	88	99
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...								
C13	Manipular objetos pequeños o abrir un envase?	1	2	3	4	5	88	99
C14	Dormir?	1	2	3	4	5	88	99
C15	Respirar?	1	2	3	4	5	88	99
C16	Hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura?	1	2	3	4	5	88	99
C17	Cuidar o dar apoyo a otros?	1	2	3	4	5	88	99
C18	Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades comunales?	1	2	3	4	5	88	99
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad le ha generado en su vida...								
C19	Sentirse triste, bajo/a de ánimo, o deprimido/a?	1	2	3	4	5	88	99
C20	Sentirse preocupado/a, nervioso/a o ansioso/a?	1	2	3	4	5	88	99
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...								
C21	Llevarse bien con la gente cercana a usted, incluyendo su familia y amigos?	1	2	3	4	5	88	99
C22	Hacer frente a todas las tareas que tiene que hacer?	1	2	3	4	5	88	99
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad le ha generado en su vida...								
C23	Sentir algún dolor físico, por ejemplo dolor de espalda, dolor de estómago o dolor de cabeza?	1	2	3	4	5	88	99
Debido a su salud, ¿qué grado de dificultad ha tenido para...								
<b>Responde sólo si trabaja actualmente (O1 = 1; O2 = 1; O3 = 1)</b>								
C24	Llevar a cabo sus actividades diarias en su trabajo?	1	2	3	4	5	88	99
<b>Responde sólo si estudia actualmente (E1 = 1)</b>								
C25	Llevar a cabo sus actividades diarias en su establecimiento educacional?	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 usted alguna de las siguientes?**

*Muestre tarjeta N° 6*

*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 usted 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
C26	Ceguera	1	2	1	2	1	2	1	2
C27	Pérdida de visión	1	2	1	2	1	2	1	2
C28	Sordera	1	2	1	2	1	2	1	2
C29	Pérdida de audición	1	2	1	2	1	2	1	2
C30	Presión arterial alta (hipertensión)	1	2	1	2	1	2	1	2
C31	Diabetes	1	2	1	2	1	2	1	2
C32	Artritis, artrosis	1	2	1	2	1	2	1	2
C33	Enfermedad al corazón (enfermedad cardíaca, coronaria o ataque al corazón)	1	2	1	2	1	2	1	2
C34	Enfermedad respiratoria crónica (bronquitis crónica o enfisema)	1	2	1	2	1	2	1	2
C35	Asma o enfermedad alérgica respiratoria	1	2	1	2	1	2	1	2
C36	Lumbago o Lumbociática (dolor de espalda o problemas a los discos)	1	2	1	2	1	2	1	2
C37	Migraña (dolores de cabeza recurrentes)	1	2	1	2	1	2	1	2
C38	Hemiplejía o parálisis facial	1	2	1	2	1	2	1	2
C39	Depresión	1	2	1	2	1	2	1	2
C40	Ansiedad	1	2	1	2	1	2	1	2
C41	Pérdida, ausencia o malformación de extremidades	1	2	1	2	1	2	1	2
C42	Gastritis o úlcera	1	2	1	2	1	2	1	2
C43	Tumor o cáncer (incluyendo cáncer a la sangre)	1	2	1	2	1	2	1	2
C44	Demencia (tipo alzheimer u otras demencias)	1	2	1	2	1	2	1	2
C45	Enfermedad renal crónica	1	2	1	2	1	2	1	2
C46	Enfermedades de la piel, por ejemplo, psoriasis	1	2	1	2	1	2	1	2
C47	Tuberculosis	1	2	1	2	1	2	1	2
C48	Esquizofrenia	1	2	1	2	1	2	1	2
C49	Bipolaridad	1	2	1	2	1	2	1	2
C50	Enfermedades reumatológicas, diferente a artritis o artrosis (lupus, esclerodermia u otras mesenquimopatías)	1	2	1	2	1	2	1	2
C51	Dependencia de alcohol	1	2	1	2	1	2	1	2
C52	Dependencia de drogas	1	2	1	2	1	2	1	2
C53	SIDA/VIH	1	2	1	2	1	2	1	2
C54	Enfermedades de Transmisión Sexual diferente a VIH/ SIDA	1	2	1	2	1	2	1	2
C55	Enfermedad de Chagas	1	2	1	2	1	2	1	2
C56	Caries o enfermedad a las encías	1	2	1	2	1	2	1	2
C57	Lesión medular (paraplejía o tetraplejía)	1	2	1	2	1	2	1	2
C58	Enfermedad Neuromuscular (Duchenne, esclerosis lateral amiotrófica-ELA)	1	2	1	2	1	2	1	2
C59	Epilepsia	1	2	1	2	1	2	1	2
C60	Enfermedad tiroidea (hiper o hipotiroidismo)	1	2	1	2	1	2	1	2
C61	Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) con secuelas	1	2	1	2	1	2	1	2
C62	Parálisis Cerebral	1	2	1	2	1	2	1	2
C63	Síndrome de Down	1	2	1	2	1	2	1	2
C64	Disrafia espinal ( mielomenigocele)	1	2	1	2	1	2	1	2
C65	Autismo (trastorno del espectro autista)	1	2	1	2	1	2	1	2
C66	Problemas del sueño (apnea del sueño, insomnia recurrente)	1	2	1	2	1	2	1	2
C67	Otro problema de salud crónico (persistente): .....	1	2	1	2	1	2	1	2

## MÓDULO FA: FACTORES AMBIENTALES

### AMBIENTE COMO BARRERA O FACILITADOR

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.

Muestre tarjeta N° 7

	¿En qué medida...	1 Facilita mucho	2 Facilita poco	3 Ni facilita ni dificulta	4 Dificulta poco	5 Dificulta mucho	88 No sabe	99 No responde
FA1	Los servicios de salud le facilitan o dificultan utilizarlos cuando los necesita?	1	2	3	4	5	88	99
FA2	Los espacios públicos para socializar y hacer vida en comunidad le facilitan o dificultan realizar las actividades que quiere o necesita hacer en ellos?	1	2	3	4	5	88	99
FA3	Las tiendas o comercios de su vecindario le facilitan o dificultan lo que usted necesita o quiere hacer en ellas?	1	2	3	4	5	88	99
FA4	Sus lugares habituales de culto le facilitan o dificultan practicar su devoción?	1	2	3	4	5	88	99
FA5	El sistema de transporte público le facilita o dificulta las actividades que necesita o quiere hacer con éste?	1	2	3	4	5	88	99
FA6	Su vivienda (incluyendo el inodoro y todas sus habitaciones) le facilita o dificulta realizar las actividades que usted necesita o quiere hacer en ella?	1	2	3	4	5	88	99
	¿En qué medida...							
FA7	El entorno natural del lugar donde usted reside (el terreno y el clima) le facilita o dificulta las actividades que usted necesita o quiere hacer en este?	1	2	3	4	5	88	99
FA8	Las condiciones de luz natural donde usted vive le facilitan o dificulta realizar las actividades que usted necesita o quiere hacer?	1	2	3	4	5	88	99
FA9	Los niveles de ruido donde usted vive le facilitan o dificulta realizar las actividades que usted necesita o quiere hacer?	1	2	3	4	5	88	99
FA10	Las aglomeraciones de gente le facilitan o dificulta realizar las actividades que usted necesita o quiere hacer?	1	2	3	4	5	88	99
<b>Responde solo si trabaja actualmente (O1 = 1; O2 = 1; O3 = 1)</b>								
FA11	Su lugar de trabajo le facilita o dificulta realizar las actividades que usted debe hacer en él?	1	2	3	4	5	88	99
<b>Responde solo si estudia actualmente (E1 = 1)</b>								
FA12	Su establecimiento educacional le facilita o dificulta realizar las actividades que debe hacer en él?	1	2	3	4	5	88	99

**ASISTENCIA PERSONAL**

**FA13. Debido a su salud, ¿Tiene a alguien que lo ayude en su hogar o fuera de él, incluyendo familiares y amigos, para realizar las siguientes actividades?**

*Lea cada una de las actividades y marque sí o no según corresponda*

➔ **Si el encuestado declara tener a alguien que lo ayude para realizar la actividad consultada, realizar pregunta FA14**

➔ **Si el encuestado declara no tener a alguien que lo ayude en todas las actividades pasa a pregunta FA22**

**FA14. ¿Con qué frecuencia recibe ayuda para [NOMBRE ACTIVIDAD]?**

	Sí	No	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	No sabe	No responde
1. Caminar o subir peldaños	1	2	1	2	3	4	88	99
2. Asearse o vestirse	1	2	1	2	3	4	88	99
3. Alimentarse	1	2	1	2	3	4	88	99
4. Utilizar el baño (W.C.)	1	2	1	2	3	4	88	99
5. Acostarse y levantarse de la cama	1	2	1	2	3	4	88	99
6. Hacer tareas de la casa	1	2	1	2	3	4	88	99
7. Cuidar o dar apoyo a otros	1	2	1	2	3	4	88	99
8. Salir a la calle	1	2	1	2	3	4	88	99
9. Hacer compras o ir al médico	1	2	1	2	3	4	88	99

**FA15. ¿Quién es la principal persona que le presta estos apoyos en su vida diaria?**  
*Escriba nombre de pila*

FA16. ¿[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>	[ ]
➔ <b>Pasa a FA19</b>	➔ <b>Pasa a FA17</b>

**FA17. ¿Cuál es la edad de [NOMBRE CUIDADOR/A]?**  
*Anote edad en años*

**FA18. ¿Cuál es el sexo de [NOMBRE CUIDADOR/A]?**  
*Pregunte sólo si no es evidente*

Hombre	Mujer
1	2

**FA19. ¿Qué tipo de relación tiene [NOMBRE CUIDADOR/A] con usted?**  
*Lea alternativas*

1	Cónyuge o conviviente	7	Abuelo/a
2	Hijo/a, hijastro/ a	8	Otro pariente
3	Yerno, nuera	9	Vecino/a
4	Nieto/a	10	Amigo/a
5	Hermano/a, cuñado/a	11	Servicio doméstico, servicios personales o de salud
6	Padres/suegros	77	Otra

**FA20. ¿[NOMBRE] recibe una remuneración por los servicios entregados?**

Sí	No
1	2

**FA21. Usted me dijo que hay personas que lo ayudan, ¿cree usted que necesita ayuda adicional con sus actividades diarias en su hogar o fuera de él?**

Sí	No
1	2
➔ <b>Pasa a FA23</b>	

**FA22. Debido a su salud, ¿cree que necesita a alguien que le ayude a realizar este tipo de actividades?**

Sí	No
1	2



DISPOSITIVOS DE AYUDA			
MOVILIDAD Y CUIDADO PERSONAL	FA23. Debido a su salud, ¿utiliza usted alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo para desplazarse por el entorno o para su autocuidado? <i>Muestre la tarjeta N° 8. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Calzado ortopédico o plantilla	7 Scooter
	2	Prótesis (pierna/pie)	8 Mano o brazo ortopédico
	3	Bastón o bastón trípode	9 Vehículo adaptado
	4	Muletas	10 Alcanzador o herramientas de agarre
	5	Silla de ruedas	11 Colchón anti escaras
	6	Caminador	77 Otro
			78 No, ninguno ➔ <b>Pasa a FA25</b>
	FA24. Además de los elementos que utiliza, ¿necesita otros dispositivos o recurso de apoyo para poder desplazarse por el entorno o para su cuidado personal? <i>Muestre la tarjeta N° 8. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Calzado ortopédico o plantilla	7 Scooter
2	Prótesis (pierna/pie)	8 Mano o brazo ortopédico	
3	Bastón o bastón trípode	9 Vehículo adaptado	
4	Muletas	10 Alcanzador o herramientas de agarre	
5	Silla de ruedas	11 Colchón anti escaras	
6	Caminador	77 Otro	
		78 No, ninguno	
		➔ <b>Pasa a FA26</b>	
FA25. ¿Cree que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 8. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Calzado ortopédico o plantilla	7 Scooter	
2	Prótesis (pierna/pie)	8 Mano o brazo ortopédico	
3	Bastón o bastón trípode	9 Vehículo adaptado	
4	Muletas	10 Alcanzador o herramientas de agarre	
5	Silla de ruedas	11 Colchón anti escaras	
6	Caminador	77 Otro	
		78 No, ninguno	

DISPOSITIVOS DE AYUDA			
VISTA	FA26. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo debido a problemas de visión? <i>Muestre la tarjeta N° 9. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Anteojos o lentes de contacto	6 Magnificador de lectura o Max TV
	2	Materiales de lectura en Braille	7 Computadora con teclado Braille, letra grande o lectura con salida de voz
	3	Material impreso con letra grande	8 Bastón blanco (bastón para ciegos)
	4	Libros audibles	9 Perro Guía
	5	Equipos de grabación o toma de notas portátiles	77 Otro
			78 No, ninguno ➔ <b>Pasa a FA28</b>
	FA27. ¿Además de los elementos que utiliza, necesita otros dispositivos o recursos de apoyo debido a su problema de visión? <i>Muestre la tarjeta N° 9. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Anteojos o lentes de contacto	6 Magnificador de lectura o Max TV
	2	Materiales de lectura en Braille	7 Computadora con teclado Braille, letra grande o lectura con salida de voz
3	Material impreso con letra grande	8 Bastón blanco (bastón para ciegos)	
4	Libros audibles	9 Perro Guía	
5	Equipos de grabación o toma de notas portátiles	77 Otro	
		78 No, ninguno	
		➔ <b>Pasa a FA29</b>	
FA28. ¿Cree que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 9. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Anteojos o lentes de contacto	6 Magnificador de lectura o Max TV	
2	Materiales de lectura en Braille	7 Computadora con teclado Braille, letra grande o lectura con salida de voz	
3	Material impreso con letra grande	8 Bastón blanco (bastón para ciegos)	
4	Libros audibles	9 Perro Guía	
5	Equipos de grabación o toma de notas portátiles	77 Otro	
		78 No, ninguno	

DISPOSITIVOS DE AYUDA			
AUDICIÓN Y COMUNICACIÓN	FA29. ¿Utiliza usted alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo debido a problemas de audición o comunicación? <i>Muestre la tarjeta N° 10. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Audífonos	7 Alarma visual o vibratoria
	2	Computador para comunicarse (por ejemplo, correo electrónico o chat)	8 Implante coclear
	3	Dispositivos relacionados con telefonía, por ejemplo, iluminador de aviso, Minicom, TTY (teléfono de texto)	9 Amplificador de voz
	4	Servicio de asistencia telefónica para personas sordas (incluye teléfono adaptado)	10 Computador y teclado adaptado
	5	T.V. con close caption (subtítulos) o decodificador para subtítulos	11 Tablero de comunicación, como por ejemplo, sistema Bliss
	6	Sistema de amplificación (por ejemplo: equipo F.M. acústico, infrarrojo)	77 Otro
			78 No, ninguno ➔ <b>Pasa a FA31</b>
	FA30. ¿Además de los elementos que utiliza, necesita otros dispositivos o recursos de apoyo debido a problemas de audición o comunicación? <i>Muestre la tarjeta N° 10. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Audífonos	7 Alarma visual o vibratoria
2	Computador para comunicarse (por ejemplo, correo electrónico o chat)	8 Implante coclear	
3	Dispositivos relacionados con telefonía, por ejemplo, iluminador de aviso, Minicom, TTY (teléfono de texto)	9 Amplificador de voz	
4	Servicio de asistencia telefónica para personas sordas (incluye teléfono adaptado)	10 Computador y teclado adaptado	
5	T.V. con close caption (subtítulos) o decodificador para subtítulos	11 Tablero de comunicación, como por ejemplo, sistema Bliss	
6	Sistema de amplificación (por ejemplo: equipo F.M. acústico, infrarrojo)	77 Otro	
		78 No, ninguno	
➔ <b>Pasa a FA32</b>			
FA31. ¿Cree que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 10. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Audífonos	7 Alarma visual o vibratoria	
2	Computador para comunicarse (por ejemplo, correo electrónico o chat)	8 Implante coclear	
3	Dispositivos relacionados con telefonía, por ejemplo, iluminador de aviso, Minicom, TTY (teléfono de texto)	9 Amplificador de voz	
4	Servicio de asistencia telefónica para personas sordas (incluye teléfono adaptado)	10 Computador y teclado adaptado	
5	T.V. con close caption (subtítulos) o decodificador para subtítulos	11 Tablero de comunicación, como por ejemplo, sistema Bliss	
6	Sistema de amplificación (por ejemplo: equipo F.M. acústico, infrarrojo)	77 Otro	
		78 No, ninguno	

OTROS FACILITADORES			
TRABAJO	<b>Responde sólo si trabaja actualmente ( O1 = 1; O2 = 1; O3 = 1 )</b>		
	FA32. Debido a su salud, ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le haga más fácil poder trabajar? <i>Muestre la tarjeta N° 11. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>		
	1	Ayudas técnicas, como un sintetizador de voz, un teléfono TTY (o de texto) o TDD (para sordos), un sistema de infrarrojos o tomadores de notas portátiles	9 Estación de trabajo modificado o ergonómico
	2	Computadora con el sistema Braille, letra con tamaño aumentado, reconocimiento de voz, o un escáner	10 Pasamanos, rampas
	3	Ayudas para la comunicación, tales como Braille o letra con tamaño aumentado	11 Estacionamiento adecuado
	4	Material de lectura o equipo de grabación	12 Ascensor accesible
	5	Silla especial o apoyo para la espalda	13 Baños accesibles
	6	Rediseño del trabajo (cambios en las tareas o modificación de funciones)	14 Transporte accesible
	7	Horario modificado o reducción de horas de trabajo	77 Otro
	8	Apoyo humano, tal como un lector, intérprete de lenguaje de señas, instructor o asistente personal	78 No, ninguno ➔ <b>Pasa a FA34</b>
FA33. ¿Además de los recursos que utiliza, cree usted que necesita algún otro dispositivo o recurso de apoyo que le haga más fácil poder trabajar debido a su salud? <i>Muestre la tarjeta N° 11. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Ayudas técnicas, como un sintetizador de voz, un teléfono TTY (o de texto) o TDD (para sordos), un sistema de infrarrojos o tomadores de notas portátiles	9 Estación de trabajo modificado o ergonómico	
2	Computadora con el sistema Braille, letra con tamaño aumentado, reconocimiento de voz, o un escáner	10 Pasamanos, rampas	
3	Ayudas para la comunicación, tales como Braille o letra con tamaño aumentado	11 Estacionamiento adecuado	
4	Material de lectura o equipo de grabación	12 Ascensor accesible	
5	Silla especial o apoyo para la espalda	13 Baños accesibles	
6	Rediseño del trabajo (cambios en las tareas o modificación de funciones)	14 Transporte accesible	
7	Horario modificado o reducción de horas de trabajo	77 Otro	
8	Apoyo humano, tal como un lector, intérprete de lenguaje de señas, instructor o asistente personal	78 No, Ninguno	
➔ <b>Pasa a FA35</b>			

FA34. ¿Cree que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 11. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Ayudas técnicas, como un sintetizador de voz, un teléfono TTY (o de texto) o TDD (para sordos), un sistema de infrarrojos o tomadores de notas portátiles	9	Estación de trabajo modificado o ergonómico
2	Computadora con el sistema Braille, letra con tamaño aumentado, reconocimiento de voz, o un escáner	10	Pasamanos, rampas
3	Ayudas para la comunicación, tales como Braille o letra con tamaño aumentado	11	Estacionamiento adecuado
4	Material de lectura o equipo de grabación	12	Ascensor accesible
5	Silla especial o apoyo para la espalda	13	Baños accesibles
6	Rediseño del trabajo (cambios en las tareas o modificación de funciones)	14	Transporte accesible
7	Horario modificado o reducción de horas de trabajo	77	Otro
8	Apoyo humano, tal como un lector, intérprete de lenguaje de señas, instructor o asistente personal	78	No, Ninguno.

<b>OTROS FACILITADORES</b>			
<b>Responde sólo si estudia actualmente ( E1 = 1 )</b>			
FA35. Debido a su salud, ¿utiliza alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan estudiar mejor? <i>Muestre la tarjeta N° 12. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Correctores ortográficos portátiles	9	Software de herramientas de organización
2	Equipos de grabación	10	Computador portátil o notebook
3	Libros audibles	11	Baños y asientos adaptados
4	Organizador de bolsillo	12	Aulas y edificios accesibles
5	Computador en el hogar	13	Transporte gratuito accesible
6	Escáner o una impresora	14	Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio - lector
7	Software para chequear ortografía o gramática	15	Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes
8	Software de reconocimiento de voz	77	Otro
		78	No, ninguno. ➔ <b>Pasa a FA37</b>
FA36. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesita algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan estudiar mejor debido a su salud? <i>Muestre la tarjeta N° 12. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Correctores ortográficos portátiles	9	Software de herramientas de organización
2	Equipos de grabación	10	Computador portátil o notebook
3	Libros audibles	11	Baños y asientos adaptados
4	Organizador de bolsillo	12	Aulas y edificios accesibles
5	Computador en el hogar	13	Transporte gratuito accesible
6	Escáner o una impresora	14	Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio - lector
7	Software para chequear ortografía o gramática	15	Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes
8	Software de reconocimiento de voz	77	Otro
		78	No, ninguno ➔ <b>Pasa a FA38</b>
FA37. ¿Cree que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 12. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Correctores ortográficos portátiles	9	Software de herramientas de organización
2	Equipos de grabación	10	Computador portátil o notebook
3	Libros audibles	11	Baños y asientos adaptados
4	Organizador de bolsillo	12	Aulas y edificios accesibles
5	Computador en el hogar	13	Transporte gratuito accesible
6	Escáner o una impresora	14	Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio - lector
7	Software para chequear ortografía o gramática	15	Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes
8	Software de reconocimiento de voz	77	Otro
		78	No, ninguno

VIVIENDA			
FA38. Debido a su salud, ¿utiliza alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le haga estar mejor en su vivienda? <i>Muestre la tarjeta N° 13. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Rampas o rebajes	6	Alarmas visuales o dispositivos de alerta de audio
2	Puertas automáticas	7	Barras de sujeción (en el baño)
3	Adaptaciones de manillas para abrir puertas (incluye palancas)	8	Silla elevable para tina
4	Ampliación de puertas o pasillos	9	Adecuación de altura de mobiliario de cocina
5	Ascensor o dispositivo elevador	77	Otro
		78	No, ninguno. ➔ <b>Pasa a FA40</b>
FA39. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesita algún dispositivo o recurso de apoyo más que le haga estar mejor en su vivienda? <i>Muestre la tarjeta N° 13. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Rampas o rebajes	6	Alarmas visuales o dispositivos de alerta de audio
2	Puertas automáticas	7	Barras de sujeción (en el baño)
3	Adaptaciones de manillas para abrir puertas (incluye palancas)	8	Silla elevable para tina
4	Ampliación de puertas o pasillos	9	Adecuación de altura de mobiliario de cocina
5	Ascensor o dispositivo elevador	77	Otro
		78	No, ninguno.
➔ <b>Pasa a FA41</b>			
FA40. ¿Cree que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 13. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Rampas o rebajes	6	Alarmas visuales o dispositivos de alerta de audio
2	Puertas automáticas	7	Barras de sujeción (en el baño)
3	Adaptaciones de manillas para abrir puertas (incluye palancas)	8	Silla elevable para tina
4	Ampliación de puertas o pasillos	9	Adecuación de altura de mobiliario de cocina
5	Ascensor o dispositivo elevador	77	Otro
		78	No, ninguno.

ESPACIO PÚBLICO			
FA41. Debido a su salud, ¿utiliza alguno de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le hagan más fácil participar en actividades fuera de casa? <i>Muestre la tarjeta N° 14. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Rampas de acceso	6	Líneas guías
2	Rebaje de acera	7	Baños públicos accesibles
3	Edificios públicos accesibles, por ejemplo municipio u oficina de correos	8	Transporte público con diseño accesible (incluye paraderos, buses, etc.)
4	Edificios abiertos al público accesibles, por ejemplo, tiendas, cines o lugar de culto	9	Carreteras, caminos, senderos accesibles
5	Señalética accesible y caminos señalizados	77	Otro
		78	No, ninguno. ➔ <b>Pasa a FA43</b>
FA42. Además de los recursos que utiliza, ¿cree que necesita algún dispositivo o recurso de apoyo más que le haga más fácil participar en actividades fuera de casa debido a su salud? <i>Muestre la tarjeta N° 14. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Rampas de acceso	6	Líneas guías
2	Rebaje de acera	7	Baños públicos accesibles
3	Edificios públicos accesibles, por ejemplo municipio u oficina de correos	8	Transporte público con diseño accesible (incluye paraderos, buses, etc.)
4	Edificios abiertos al público accesibles, por ejemplo, tiendas, cines o lugar de culto	9	Carreteras, caminos, senderos accesibles
5	Señalética accesible y caminos señalizados	77	Otro
		78	No, ninguno.
➔ <b>Pasa a S1</b>			
FA43. ¿Cree usted que necesita alguno? <i>Muestre la tarjeta N° 14. Más de una opción puede ser seleccionada.</i>			
1	Rampas de acceso	6	Líneas guías
2	Rebaje de acera	7	Baños públicos accesibles
3	Edificios públicos accesibles, por ejemplo municipio u oficina de correos	8	Transporte público con diseño accesible (incluye paraderos, buses, etc.)
4	Edificios abiertos al público accesibles, por ejemplo, tiendas, cines o lugar de culto	9	Carreteras, caminos, senderos accesibles
5	Señalética accesible y caminos señalizados	77	Otro
		78	No, ninguno.

## MÓDULO S: SERVICIOS Y PARTICIPACIÓN

S1. ¿Recibió atención de salud en los últimos 12 meses?	
Sí	No
1	2
<b>→ Pasa a S2</b>	<b>→ Pasa a S4</b>

S2. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de salud recibió atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 15</i>			
1	CESFAM o Consultorio General (Municipal o SNSS)	8	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
2	Posta Rural (Municipal o SNSS)	9	Centro de salud mental privado
3	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	10	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
4	COSAM (Centro de salud mental comunitaria)	11	Servicio de urgencia de clínica privada
5	SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)	12	Mutual de Seguridad
6	Posta (servicio de urgencia de hospital público)	13	Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
7	Hospital público o del SNSS	77	Otro
		88	No sabe/No recuerda

S3. Pensando en los últimos 12 meses: ¿Quién ha sido el prestador de salud que lo ha atendido de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 16</i>			
1	Médico especialista (traumatólogo/a, ginecólogo/a, psiquiatra, oftalmólogo/a)	8	Farmacéutico/a
2	Médico general	9	Nutricionista
3	Enfermera/o	10	Tecnólogo/a médico
4	Matrona	11	Fonoaudiólogo/a
5	Dentista	12	Terapeuta Ocupacional
6	Kinesiólogo/a	13	Especialista en medicina homeopática, alternativa o indígena
7	Psicólogo/a	77	Otro
		88	No sabe/No recuerda

S4. En los últimos 12 meses, ¿recibió algún servicio de rehabilitación?	
Sí	No
1	2
<b>→ Pasa a S5</b>	<b>→ Pasa a S8</b>

S5. ¿Con qué frecuencia recibió el servicio de rehabilitación? <i>Lea las alternativas</i>				
Diaria	Semanal	Mensual	Semestral	Anual
1	2	3	4	5

S6. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de rehabilitación recibió atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 17</i>			
1	CESFAM o Consultorio General (Municipal o SNSS)	7	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
2	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	8	Servicio de urgencia de clínica privada
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	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado	77	Otro
6	Centro de salud mental privado	88	No sabe/No recuerda

S7. Pensando en los últimos 12 meses: ¿Quién ha sido el prestador de rehabilitación que lo ha atendido de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 18</i>			
1	Médico especialista (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

S8. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones permanentes y/o de larga duración? <i>Lea alternativas de la 1 a la 6. Marcar hasta 3 opciones.</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 audífono
3	Dificultad psiquiátrica	6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes
		7	No tiene ninguna condición de larga duración

S9. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted? <i>Muestre tarjeta N° 19</i>			
1	FONASA A	6	FF.AA. y del Orden
2	FONASA B	7	Isapre
3	FONASA C	8	Ninguno (particular)
4	FONASA D	77	Otro sistema
5	FONASA no sabe grupo	88	No sabe

PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN							
S10	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
➔ <b>Alternativas 1, 88 y 99 pasan a S13</b>							

S11. ¿Por qué cree usted que ha sido tratado/a de esta manera? <i>Muestre tarjeta N° 20 y registre todas las que corresponda.</i>			
1	Por nivel socioeconómico	5	Por su orientación sexual
2	Por su género	6	Por ser extranjero
3	Por su edad	7	Por su apariencia personal
4	Por pertenecer a un pueblo indígena	8	Por su condición de salud o por tener alguna discapacidad
		77	Otro

S12. ¿Dónde se ha sentido discriminado/a? <i>Muestre tarjeta N° 21 y registre todas las que corresponda.</i>			
1	En su familia	5	En su establecimiento educacional
2	En centro de salud	6	En tribunales de justicia
3	En su barrio o vecindario	7	En el transporte público
4	En su trabajo	8	En tiendas o comercio
		77	Otro

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL						
					S13.b ¿Participa como dirigente u organizador?	
					Sí	No
S13.a	En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna de las siguientes organizaciones sociales?  <i>Muestre tarjeta N° 22 y seleccione todas las alternativas que corresponda</i>	1	Organización de vecinos (Juntas de Vecinos, Unidad Comunal)	1	2	
		2	Centro de alumnos/as, centro de Padres y Apoderados	1	2	
		3	Grupo de voluntariado	1	2	
		4	Partido político	1	2	
		5	Colegio profesional/Asociación Gremial/Sindicato	1	2	
		6	Organización/agrupación artística y/o cultural (grupo teatro/danza/música)	1	2	
		7	Asociación productiva (de microempresarios/as, agrícolas, de pescadores)	1	2	
		8	Grupo religioso (movimientos pastorales, grupos de iglesia)	1	2	
		9	Asociación o comunidad indígena	1	2	
		10	Club deportivo (grupo de personas que se organizan para practicar un deporte)	1	2	
		11	Organización de adulto mayor	1	2	
		12	Organización de o para personas con discapacidad	1	2	
		13	Grupo de mujeres/ Centros de Madres	1	2	
		14	Asociación o agrupación juvenil (tribu urbana, grupo virtual, barra de fútbol)	1	2	
		15	Organización, agrupación o movimiento que defiende una causa o ideal (ecológica, derechos humanos, derechos de minorías sexuales, gratuidad educación, etc.)	1	2	
	77	Otro	1	2		
	78	No participa	➔ <b>Pasa a S14</b>			
	88	No sabe	} <b>Pasa a S15</b>			
	99	No responde				

**Pasa a S15**

**Responde sólo si no participa en ninguna organización (S13.a = 78)**

S14. ¿Cuál es la principal razón por la que no participa en ninguna organización?

Lea alternativas y seleccione sólo la principal

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

S15. ¿Votó en las últimas elecciones presidenciales?

<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2
	<b>➔ Pasa a S17</b>

**Responde sólo si votó en las últimas elecciones (S15 = 1)**

S16. ¿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**

S17	Durante los últimos 6 meses, ¿realizó o asistió a las siguientes actividades o lugares?  Muestre tarjeta N° 23 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 museos o exposiciones
		5	A eventos deportivos (campeonatos, etc.)
		6	A festividades o eventos locales (desfiles, rodeos, festivales, etc.)
		7	A parques/jardines
		8	A unas vacaciones
		9	A actividades al aire libre (acampada, equitación, visitas turísticas, otras actividades al aire libre)
		10	A eventos de clubes, asociaciones sociales u otros (club deportivo, partido político, centro de madres, etc.)
		11	A festividades o actividades religiosas
		12	A reuniones sociales o familiares
		13	A restaurantes
		14	A bares, discotecas, pubs, o salió de fiesta
		15	A vitrinear (tiendas, persas, malls, mercados u otros)
		16	De paseo (dentro o fuera de su localidad)
		17	Hobbies (pintura, lectura, fotografía, trabajos manuales, talleres, etc.)
78	Ninguna		

**Pasa a S19**

**➔ Pasa a S18**

**Responde sólo si no realizó ninguna actividad o no asistió a ningún lugar (S17 = 78)**

S18. ¿Cuál es la principal razón por la cual no realizó o asistió a alguna de estas actividades?

Muestre tarjeta N° 24 y seleccione sólo una alternativa

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

S19. En el último mes, ¿practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más?

Lea alternativas y seleccione sólo una.

1	3 o más veces por semana	➔ <b>Pasa a S21</b>
2	1 a 2 veces por semana	
3	Menos de 4 veces en el mes	➔ <b>Pasa a S20</b>
4	1 vez al mes	
5	No realizó actividad física en el último mes	

**Responde sólo si S19 = 3, 4 ó 5**

S20. ¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física?

Muestre tarjeta N°24 y seleccione sólo una alternativa.

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

S21. ¿Conoce usted la Ley N° 20.422 que “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad?”

<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2

S22. ¿Se encuentra usted inscrito/a en el Registro Nacional de Discapacidad?

<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2

**Hora de término**

:





<b>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.</b>									
		1	2	3	4	5	88	99	
		Nada problemático	Levemente problemático	Moderadamente problemático	Severamente problemático	Extremadamente problemático / No puede hacerlo	No sabe	No responde	
COMPORTAMIENTO	En los últimos 30 días y comparado con otros niños de la misma edad, ¿qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...								
	N12	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 4 años.</b>							
		Haber mordido o golpeado a otros niños o adultos?	1	2	3	4	5	88	99
	N13	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>							
	Controlar su comportamiento?	1	2	3	4	5	88	99	
N14	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>								
	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	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 4 años.</b>							
		Para [NOMBRE NIÑO/A] Entender lo que usted le dice?	1	2	3	4	5	88	99
	N16	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 4 años.</b>							
		Para usted entender lo que [NOMBRE NIÑO/A] quiere?	1	2	3	4	5	88	99
N17	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>								
	Para [NOMBRE NIÑO/A] entender a otra gente?	1	2	3	4	5	88	99	
N18	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>								
	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	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 3 años.</b>							
		Aprender nombres de objetos cotidianos?	1	2	3	4	5	88	99
	N20	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 3 y 17 años.</b>							
	Aprender a hacer cosas nuevas?	1	2	3	4	5	88	99	
N21	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>								
	Completar una tarea?	1	2	3	4	5	88	99	
AFRONTAR EL CAMBIO	¿Qué tan problemático ha sido para [NOMBRE NIÑO/A]...								
	N22	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>							
	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	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>							
	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	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 5 años.</b>							
		Jugar con juguetes o con objetos de uso doméstico?	1	2	3	4	5	88	99
	N25	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 2 y 12 años.</b>							
	Jugar con otros niños/as?	1	2	3	4	5	88	99	
N26	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 13 y 17 años.</b>								
	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	<b>Formule esta pregunta si el menor de edad tiene entre 5 y 17 años.</b>							
	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 N° 26

		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 N° 27

Marque sí o no según corresponda. Si el encuestado declara tener alguna enfermedad, responda 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
Identifique y anote el número de línea de la persona en el RPH	➔ Pasa a N73
➔ Pasa a N75	

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]? <i>Lea alternativas y seleccione todas las que corresponda</i>			
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?	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
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?	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2
<b>→ Pasa a N80</b>	

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

## MÓDULO SERVICIOS Y PARTICIPACIÓN

N80. ¿Recibió [NOMBRE NIÑO/A] atención de salud en los últimos 12 meses?	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2
<b>→ Pasa a N81</b>	<b>→ Pasa a N83</b>

N81. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de salud recibió [NOMBRE NIÑO/A] atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 28</i>			
1	CESFAM o Consultorio General (Municipal o SNSS)	8	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado
2	Posta Rural (Municipal o SNSS)	9	Centro de salud mental privado
3	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	10	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
4	COSAM (Centro de salud mental comunitaria)	11	Servicio de urgencia de clínica privada
5	SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)	12	Mutual de Seguridad
6	Posta (servicio de urgencia de hospital público)	13	Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia
7	Hospital público o del SNSS	77	Otro
		88	No sabe/No recuerda

N82. Pensando en los últimos 12 meses: ¿Quién ha sido el prestador de salud que lo ha atendido a [NOMBRE NIÑO/A] de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 29</i>			
1	Médico especialista (Pediatra, traumatólogo/a, ginecólogo/a, psiquiatra, oftalmólogo/a)	8	Farmacéutico/a
2	Médico general	9	Nutricionista
3	Enfermera/o	10	Tecnólogo/a médico
4	Matrona	11	Fonoaudiólogo/a
5	Dentista	12	Terapeuta Ocupacional
6	Kinesiólogo/a	13	Especialista en medicina homeopática, alternativa o indígena
7	Psicólogo/a	77	Otro
		88	No sabe/No recuerda

N83. En los últimos 12 meses, ¿recibió algún servicio de rehabilitación?	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2
➔ <b>Pasa a N84</b>	➔ <b>Pasa a N87</b>

N84. ¿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

N85. Pensando en los últimos 12 meses ¿En qué establecimiento de rehabilitación recibió atención de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 30</i>			
1	CESFAM o Consultorio General (Municipal o SNSS)	7	Establecimiento de las FF.AA. o del Orden
2	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	8	Servicio de urgencia de clínica privada
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	Consulta, centro médico, clínica u hospital privado	77	Otro
6	Centro de salud mental privado	88	No sabe/No recuerda

N86. Pensando en los últimos 12 meses: ¿Quién ha sido el prestador de rehabilitación que lo ha atendido de forma más frecuente? <i>Muestre tarjeta N° 31</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

N87. ¿Tiene [NOMBRE NIÑO/A] alguna de las siguientes condiciones permanentes y/o de larga duración? <i>Lea alternativas de la 1 a la 6. Marcar hasta 3 opciones.</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 audífono
3	Dificultad psiquiátrica	6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes
		7	No tiene ninguna condición de larga duración

<i>Responde sólo si estudia en nivel desde Pre-kínder a enseñanza media.</i> N88. ¿Participa / participó en algún Programa de Integración Escolar (PIE)?	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	2

**Hora de término**      :



*INE*



Instituto Nacional de Estadísticas - Chile

Paseo Bulnes Nº 418, Santiago  
Teléfono: (56) 02-2892 4000  
[www.ine.cl](http://www.ine.cl)