



Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

FOLIO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Encuesta de Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años

Presentación Buenos días, mi nombre es (encuestador/a). UDAPE y la Empresa CIES están conduciendo la encuesta de Hogares con Personas de 55 años o más. El propósito de esta encuesta es contar con información sociodemográfica actualizada de su hogar y de adultos mayores para la evaluación de la Renta Dignidad.

Garantía de confidencialidad. UDAPE se adhiere a lo dispuesto en el Decreto Ley N° 14100 que afirma en su capítulo II entre otros aspectos que, "los datos o informaciones que obtenga el Sistema son absolutamente confidenciales y serán utilizados solamente para fines estadísticos. No podrán ser revelados en forma individualizada, los Organismos Administrativos y Judiciales no expedirán requerimientos de información individualizada, sólo podrán ser divulgados o publicados sus resultados en forma innominada".

Dirección: _____

Teléfono: _____

Hora de Inicio: _____ : _____

Fecha de Entrevista: _____ / _____ / 2011

Nombre del Informante: _____

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Departamento				
2. Provincia				
3. Sección Municipal				
4. Cantón				
5. Ciudad/Organización				
6. Zona/localidad				
7. Sector Censal				
8. Segmento Censal				
9. N° de UPM				
10. N° de Manzana				
11. N° de Vivienda				
12. N° de Hogar				

SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿Cuál es el nombre y apellido de cada una de las personas que residen (viven) habitualmente en este hogar? NO OLVIDE REGISTRAR A LAS PERSONAS TEMPORALMENTE AUSENTES, NIÑOS, NIÑAS, RECIEN NACIDOS, ANCIANOS, ALOJADOS Y EMPLEADAS/OS DEL HOGAR CAMA ADENTRO Y SUS PARIENTES 1.1 ANOTE EL NÚMERO TOTAL DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR QUE FUERON LISTADOS <input type="text"/> <input type="text"/> RESIDENTE HABITUAL: TODA PERSONA QUE NORMALMENTE DURMIÓ O COMIÓ EN LA VIVIENDA; QUE ESTUVO AUSENTE POR UN PERIODO MENOR A LOS 3 MESES; O QUE, SI LA PERMANENCIA ES MENOR A 3 MESES, ESTA DISPUESTA A FIJAR SU RESIDENCIA HABITUAL EN ESE HOGAR.	2. ¿Es hombre o mujer? 1. Hombre 2. Mujer	3. ¿Cuántos años cumplidos tiene? SI TIENE MENOS DE 1 AÑO ANOTE 00 SI TIENE 98 AÑOS O MÁS ANOTE 98	4. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
				Día	Mes	Año
	1	2	3	4		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

PREGUNTAS			
<p>1. De acuerdo a los ingresos que tienen en su hogar, Usted piensa que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive muy bien 2. Vive bien 3. Vive regular 4. Vive mal 5. Vive muy mal 	<p>Código de respuesta: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>3. Durante los últimos doce meses, el nivel de vida...</p> <p style="text-align: right;">Cod. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>9. Para mejorar su nivel de vida, Usted piensa que (LEER OPCION) es (LEER ESCALA)</p> <p>Códigos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesario 2. Poco necesario 3. Nada necesario
<p>2. ¿Piensa Usted que los siguientes aspectos hacen parte de las necesidades mínimas para vivir de buena manera?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesario 2. Poco Necesario 3. Nada necesario 	<p>Alimentación y vestido.</p> <p>01 Comer tres comidas diarias todos los días <input type="checkbox"/></p> <p>Vivienda.</p> <p>02 Tener vivienda propia <input type="checkbox"/></p> <p>03 Tener una vivienda con dormitorios para cada miembro del hogar <input type="checkbox"/></p> <p>04 Tener una vivienda con baño de uso exclusivo y cocina <input type="checkbox"/></p> <p>05 Tener acceso a agua potable <input type="checkbox"/></p> <p>06 Tener acceso a la electricidad <input type="checkbox"/></p> <p>Salud y Cuidados Personales.</p> <p>07 Ser atendido cuando se enferma (en hospital, puesto o posta de salud) <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajo.</p> <p>08 Tener un trabajo estable y durable <input type="checkbox"/></p> <p>09 Que la pareja tenga un trabajo <input type="checkbox"/></p> <p>Transporte.</p> <p>10 Poder tomar micro, minibús, etc. para ir y retornar del trabajo o a la escuela <input type="checkbox"/></p> <p>Educación, entretenimiento y otros.</p> <p>11 Aprender a leer y escribir <input type="checkbox"/></p> <p>12 No ser discriminado por el idioma que se habla <input type="checkbox"/></p> <p>13 Que los niños puedan finalizar la educación primaria <input type="checkbox"/></p> <p>14 Que los hijos puedan finalizar la secundaria (salir bachiller) <input type="checkbox"/></p> <p>15 Que los hijos puedan finalizar algún estudio técnico o universitario <input type="checkbox"/></p> <p>16 Tener una emisora de radio o una cabina telefónica en el lugar <input type="checkbox"/></p>	<p>4. ¿Quién es la persona responsable o la que dedica más tiempo al cuidado de los niños y el hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mamá 2. El papá 3. Abuela(o) 4. Ninguno 5. Otro (especifique) <input style="width: 80px;" type="text"/> <p>Código de respuesta: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">----- Especifique</p>	<p>10. ¿Está Usted conforme respecto a las necesidades mínimas de su hogar en los siguientes aspectos? (LEER ESCALA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conforme 2. Poco conforme 3. Nada conforme
		<p>5. Los ingresos de su hogar son...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Constantes (periodicos) 2. Más o menos constantes 3. Irregulares <p>Código de respuesta: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>1. Cambiar de lugar de residencia (a otro lugar del país) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Alcanzar un mejor nivel de educación <input type="checkbox"/></p> <p>3. Obtener mejores condiciones o insumos de producción <input type="checkbox"/></p> <p>4. Cambiar de trabajo o profesión <input type="checkbox"/></p> <p>5. Que los hijos mayores trabajen <input type="checkbox"/></p> <p>6. Que la familia tenga una actividad propia <input type="checkbox"/></p> <p>7. Que los niños(as) tengan mejor educación <input type="checkbox"/></p> <p>8. Que los jóvenes sean profesionales <input type="checkbox"/></p>
		<p>6. De acuerdo a su nivel de vida y el de los demás hogares de esta ciudad/localidad, Usted piensa que forma parte...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de los más pobres 2. de los que no son pobres 3. de los que son ricos <p>Código de respuesta: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>Alimentación y vestido.</p> <p>01 Número de comidas diarias para Usted y su hogar <input type="checkbox"/></p> <p>Vivienda</p> <p>02 La calidad de la vivienda (espacio, servicios, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>03 Acceso al agua <input type="checkbox"/></p> <p>04 Acceso a la electricidad <input type="checkbox"/></p> <p>Salud y cuidados personales</p> <p>05 Atención y medicinas en caso de enfermedad <input type="checkbox"/></p> <p>Transporte</p> <p>06 Medios de transporte utilizado para ir al trabajo o escuela <input type="checkbox"/></p> <p>Educación</p> <p>07 Educación de los niños <input type="checkbox"/></p> <p>08 Educación alcanzada por Usted <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones sociales</p> <p>09 Relaciones con la familia y los amigos <input type="checkbox"/></p> <p>10 Relaciones con el resto de la comunidad <input type="checkbox"/></p>
		<p>7. ¿Cuánto cree que necesitan Usted y todos los miembros de su hogar para vivir por un mes?</p> <p>Monto Bs. <input style="width: 80px;" type="text"/></p>	
		<p>8. ¿Cuál es la situación económica actual de su hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Logra ahorrar bastante dinero 2. Logra ahorrar un poco de dinero 3. Apenas logra equilibrar sus ingresos y sus gastos 4. Se ve obligado a gastar sus ahorros / vender sus cosas 5. Se ve obligado a endeudarse <p>Código de respuesta: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	

ENCUESTADOR:

SUPERVISOR:

EDITOR:

CODIFICADOR:

TRANSCRIPTOR:

SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	5. ¿Qué relación o parentesco tiene con el jefe o jefa (Nombre) del hogar? 1. JEFE O JEFA DEL HOGAR 2. ESPOSA/O O CONVIVIENTE 3. HIJO/A O ENTENADO/A 4. YERNO O NUERA 5. HERMANO/A O CUÑADO/A 6. PADRES 7. SUEGROS 8. NIETO/NIETA 9. OTRO PARIENTE 10. OTRO QUE NO ES PARIENTE 11. EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 12. PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR	ENCUESTADOR/A:			7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígena originarios? ANOTE LOS QUE CORRESPONDAN SEGÚN EL ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE O COMÚN 1. NO HABLA AÚN 2. NO PUEDE HABLAR PREG. 9	8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?	ENCUESTADOR/A:	PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS		
		INDAGUE QUIEN ES EL ESPOSO/A O COMPAÑERO/A, PADRE, MADRE, PADRASTRO O MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE. SI NO SE APLICA ANOTE 00					SI LA PERSONA ES:	10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?		
		Su esposa/o compañera/o	Su padre/ padrastro	Su madre/ madrastra	1°	2°	3°	ESPECIFICACIÓN	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	
	5	6			7			8	9	10
01	1									
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										

SECCIÓN 4 INGRESOS Y EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE C: CONTINUACIÓN...

PARTE D: INGRESOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE (NO ASALARIADO)

PARTE F: OCUPACIÓN SECUNDARIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	<p>14. Además de los ingresos recibidos en dinero por su trabajo, en los últimos doce meses ¿recibió ...</p> <p>Alimentos y bebidas para ser consumidos dentro o fuera del lugar de trabajo</p> <p>Transporte hacia y desde el lugar de su trabajo</p> <p>Vestidos y calzados utilizados frecuentemente tanto dentro como fuera de su lugar de trabajo</p> <p>Vivienda o alojamiento</p> <p>Otros (servicio de guardería, instalaciones deportivas y/o recreativas)?</p>		
	<p>MONEDA</p> <p>1. Bs</p> <p>2. \$us</p>	<p>Frecuencia</p> <p>1. Diario</p> <p>2. Semanal</p> <p>3. Quincenal</p> <p>4. Mensual</p> <p>5. Trimestral</p> <p>6. Semestral</p> <p>7. Anual</p>	<p>PASE A LA PREGUNTA 18</p>
	A.		
	Monto	Moneda	Frec.
14			
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			

<p>15. ¿Cuánto es su ingreso total, sin descuentos, en su ocupación principal?</p>			<p>16. ¿Del ingreso total declarado en la pregunta anterior, cuánto utiliza o guarda para comprar materia prima, materiales o mercadería, pagar sueldos, pagar alquiler del local, pagar impuestos y servicios básicos?</p>			<p>17. Una vez descontadas todas sus obligaciones (sueldos, salarios, compra de materiales, compra de mercaderías, etc.), ¿cuánto le queda para uso del hogar?</p>			
<p>MONEDA</p> <p>1. Bs</p> <p>2. \$us</p>			<p>MONEDA</p> <p>1. Bs</p> <p>2. \$us</p>			<p>MONEDA</p> <p>1. Bs</p> <p>2. \$us</p>			
<p>Frecuencia de ingreso:</p> <p>1. Diario</p> <p>2. Semanal</p> <p>3. Quincenal</p> <p>4. Mensual</p> <p>5. Trimestral</p> <p>6. Semestral</p> <p>7. Anual</p>			<p>Frecuencia de ingreso:</p> <p>1. Diario</p> <p>2. Semanal</p> <p>3. Quincenal</p> <p>4. Mensual</p> <p>5. Trimestral</p> <p>6. Semestral</p> <p>7. Anual</p>			<p>Frecuencia de ingreso:</p> <p>1. Diario</p> <p>2. Semanal</p> <p>3. Quincenal</p> <p>4. Mensual</p> <p>5. Trimestral</p> <p>6. Semestral</p> <p>7. Anual</p>			
A.									
	Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Frec.
15				16			17		

<p>18. Además de la actividad mencionada anteriormente, ¿realizó otro trabajo durante la semana pasada?</p>		<p>19. En esta ocupación usted trabaja como:</p>	
<p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>PÁG. 6</p> <p>PREG. 1</p>		<p>1. Obrero/a</p> <p>2. Empleado/a</p> <p>3. Patrón, socio o empleador <u>que sí recibe</u> salario</p> <p>4. Empleada/o del hogar</p> <p>5. Patrón, socio o empleador <u>que no recibe</u> salario</p> <p>6. Trabajador/a por cuenta propia</p> <p>7. Cooperativista de producción</p> <p>PREG. 22</p> <p>8. Trabajador/a familiar o aprendiz sin remuneración</p> <p>PÁG. 6</p> <p>PREG. 1</p>	
18		19	

SECCIÓN 5 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR (SÓLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE A: INGRESOS NO LABORALES (MONTOS MENSUALES Y ANUALES)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1. Recibe usted ingresos (rentas) mensuales por:				2. Además de los ingresos mencionados, recibe usted ingresos (rentas) mensuales por:						3. Durante los últimos doce meses, recibió usted: (en montos anuales)					
	A.	B.	C.	D.	A.		B.		C.		A.		B.		C.	
	¿Jubilación (vejez)?	¿Renta Dignidad?	¿Benemérito ?	¿Invalidez, Viudez u orfandad?	¿Intereses? (por depósitos bancarios, préstamos, etc.)		¿Alquiler de propiedades inmuebles casas, etc.?		¿Otras rentas? (Especifique)		¿Alquileres de propiedades agrícolas?		¿Dividendos, utilidades empresariales o retiros de sociedades?		¿Alquiler de maquinaria y/o equipo?	
	SI LA PERSONA NO RECIBE O NO COBRA ANOTE "00" Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN				SI LA PERSONA NO RECIBE O NO COBRA ANOTE "00" Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN						SI LA PERSONA NO RECIBE O NO COBRA ANOTE "00" Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN					
SI LA PERSONA COBRÓ MÁS DE UN MES EN UNA SOLA VEZ, ANOTE LO QUE EQUIVALE A UN SOLO MES				MONEDA 1. Bs 2. \$us		MONEDA 1. Bs 2. \$us		MONEDA 1. Bs 2. \$us		MONEDA 1. Bs 2. \$us		MONEDA 1. Bs 2. \$us		MONEDA 1. Bs 2. \$us		
A	B	C	D	A		B		C		A		B		C		
Monto (Bs.)	Monto (Bs.)	Monto (Bs.)	Monto (Bs.)	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Especifique	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Monto	Moneda
1				2						3						
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																

SECCIÓN 5 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR (SÓLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE B: INGRESOS POR TRANSFERENCIAS

4. En los últimos doce meses, ¿recibió usted...

A. Asistencia familiar por divorcio o separación?

B. Transferencias monetarias o en especie de otras personas que residen en este u otro lugar del país? (Si fueron en especie valorar)

C. Transferencias monetarias o en especie de otras personas que residen en el exterior del país? (Si fueron en especie valorar)

SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN

MONEDA
1. Bs
2. \$us

Frecuencia:
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Trimestral
6. Semestral
7. Anual

MONEDA
1. Bs
2. \$us

Frecuencia:
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Trimestral
6. Semestral
7. Anual

MONEDA
1. Bs
2. \$us

Frecuencia:
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Trimestral
6. Semestral
7. Anual

A			B			C		
Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Frec.

4

PARTE C: INGRESOS OCASIONALES

5. Además de los ingresos mencionados anteriormente, durante los últimos doce meses, ¿recibió usted...

A. Indemnización por dejar algún trabajo?

B. Indemnización de Seguros?

C. Herencia?

D. Otros ingresos extraordinarios (ej. Becas de estudio, derechos de autor, marcas y patentes)?

SI NO RECIBIÓ EN EFECTIVO VALORAR

SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN

MONEDA
1. Bs
2. \$us

MONEDA
1. Bs
2. \$us

MONEDA
1. Bs
2. \$us

MONEDA
1. Bs
2. \$us

A		B		C		D	
Monto	Moneda	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Monto	Moneda

Especifique

5

ENCUESTADOR/A

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

¿Quién es la persona encargada de las compras del hogar?

CON ESTA PERSONA CONTINÚE LA ENTREVISTA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

IMPORTANTE
SI LA PERSONA TIENE 55 O MÁS AÑOS, CONTINUE CON EL MÓDULO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PARA TODAS LAS PERSONAS MENORES DE 55 AÑOS FIN DE LA ENTREVISTA

OBSERVACIONES

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PARTE B: INGRESOS POR TRANSFERENCIAS									PARTE C: INGRESOS OCASIONALES								ENCUESTADOR/A	
	A			B			C			A		B		C		D			
	Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Frec.	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Monto	Moneda	Especifique	
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

SECCIÓN 6 GASTOS

PARTE C: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

3. ¿En el último mes en su hogar compraron, consiguieron o consumieron (...)?		COMPRAS		
<p>INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR</p> <p>SI ES AUTOCONSUMO, VALORAR EN Bs.</p>		4. ¿Cuántas veces y con qué frecuencia compra (...)?		5. ¿Cuánto gasta por comprar CADA VEZ?
		<p>Frecuencia:</p> <p>1. Día</p> <p>2. Semana</p> <p>3. Mes</p> <p>4. Año</p>		
Productos	1.Si 2.No	Veces	Frecuencia	Valor total Bs
3		4		5
1 Pan				
2 Cereales (trigo, choclo, maíz, etc.)				
3 Carne de pollo (entero, trozado) / menudencias				
4 Carne de res (vaca) / menudencias				
5 Embutidos (Carnes frías, mortadela, jamón, etc.)				
6 Pescados frescos (sábalo, pejerrey, blanquillo, etc.)				
7 Aceite comestible				
8 Manteca				
9 Leche (líquida, en polvo)				
10 Yogurt				
11 Huevos				
12 Verduras frescas (Tomate, cebolla, morrón, lechuga, etc.)				
13 Papa, zanahoria, yuca, etc.				
14 Arroz, fideos				
15 Maní, lenteja, poroto (frejol), etc.				
16 Frutas fresas (naranja, plátano (guineo), etc.)				

3. ¿En el último mes en su hogar compraron, consiguieron o consumieron (...)?		COMPRAS		
<p>INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR</p> <p>SI ES AUTOCONSUMO, VALORAR EN Bs.</p>		4. ¿Cuántas veces y con qué frecuencia compra (...)?		5. ¿Cuánto gasta por comprar CADA VEZ?
		<p>Frecuencia:</p> <p>1. Día</p> <p>2. Semana</p> <p>3. Mes</p> <p>4. Año</p>		
Productos	1.Si 2.No	Veces	Frecuencia	Valor total Bs
3		4		5
17 Azucar, endulzantes				
18 Infusiones (Té, mate, hierba mate, sultana)				
19 Café				
20 Sal de mesa				
21 Condimentos (Pimienta, comino, etc.)				
22 Agua de mesa				
23 Bebidas gaseosas (refresco, soda, etc.)				
24 Otros alimentos (especifique)				
(especificación)				
25 Otras bebidas (especifique)				
(especificación)				
OBSERVACIONES				

SECCIÓN 6 GASTOS

PARTE D: OTROS GASTOS DEL HOGAR

<p>1. La vivienda que ocupa el hogar es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Alquilada? 2. ¿Propia y totalmente pagada? 3. ¿Propia y la están pagando? 4. ¿Cedida por servicios? 5. ¿Prestada por parientes o amigos? 6. ¿En contrato mixto? 7. ¿En contrato anticrético? 8. ¿Otra? (Especifique) <p style="text-align: right;">..... <input type="text"/></p> <p>→ PREG. 3</p>	<p>6. ¿Cuánto gastan normalmente en el combustible que utiliza para cocinar al mes?</p> <p style="text-align: center;">SI EL COMBUSTIBLE QUE UTILIZAN PARA COCINAR SE REFIERE A LA "ENERGÍA ELÉCTRICA", ANOTE "00" Y PASE A LA PREGUNTA 7</p> <p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>13. ¿En el último mes, cuánto gastaron en refrescos, sodas, y/o jugos consumidos fuera del hogar?</p> <p style="text-align: right;">Monto Bs. <input type="text"/></p>
<p>2. ¿Cuánto paga mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?</p> <p style="text-align: center;">SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO DE SERVICIOS (AGUA, LUZ, GAS, ETC.), CONSIDERAR SOLAMENTE EL PAGO QUE CORRESPONDE AL ALQUILER DE LA VIVIENDA</p> <p>Monto <input type="text"/> 1. Bs <input type="text"/></p> <p>2. \$us <input type="text"/></p> <p>→ PREG. 4</p>	<p>7. ¿Cuánto gastan normalmente por servicio telefónico fijo al mes?</p> <p style="text-align: center;">SI LA FACTURA TELEFÓNICA INCLUYE TV CABLE, ANOTE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA SI EN EL HOGAR NO TIENEN TELÉFONO FIJO, ANOTE "00" Y PASE A LA PREGUNTA 7</p> <p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>14. ¿En el último mes, cuánto gastaron en su hogar en Pensiones, Fotocopias y otros materiales educativos?</p> <p style="text-align: right;">Monto Bs. <input type="text"/></p>
<p>3. Si tuviese que pagar alquiler, ¿cuánto debería pagar mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?</p> <p>Monto <input type="text"/> 1. Bs <input type="text"/></p> <p>2. \$us <input type="text"/></p>	<p>8. ¿Cuánto gastan normalmente por servicio telefónico celular al mes?</p> <p style="text-align: center;">SI EL HOGAR CUENTA CON CELULARES HABILITADOS EN MODALIDAD PREPAGO (TARJETAS MAGNÉTICAS) Y POSTPAGO (FACTURAS), SUME EL MONTO DE AMBAS MODALIDADES Y ANOTE EN EL RECUADR. SI NO CUENTAN CON CELULARES, ANOTE "00" Y PASE A LA PREGUNTA 9</p> <p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>15. ¿En el último año, cuánto gastaron por concepto de Uniformes, Matrículas, Textos o libros y otros relacionados?</p> <p style="text-align: right;">Monto Bs. <input type="text"/></p>
<p>4. ¿Cuánto gastan normalmente en agua para uso del hogar al mes?</p> <p style="text-align: center;">SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO POR SERVICIO DE AGUA POTABLE, PIDALE AL INFORMANTE QUE ESTIME CUÁNTO CORRESPONDE AL PAGO POR ESTE SERVICIO</p> <p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>9. ¿Cuánto gastan normalmente por el servicio de transporte al mes?</p> <p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>LAS PERSONAS A LAS QUE SE DEBE APLICAR LAS SECCIONES SIGUIENTES DEBEN TENER 55 Y MÁS AÑOS DE EDAD ANOTE EL CODIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONAS EN LA PARTE SUPERIOR Y CONTINUE CON LAS PREGUNTAS</p>
<p>5. ¿Cuánto gastan normalmente por el servicio de energía eléctrica al mes?</p> <p style="text-align: center;">SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO POR SERVICIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA, PIDALE AL INFORMANTE QUE ESTIME CUÁNTO CORRESPONDE AL PAGO POR ESTE SERVICIO</p> <p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>10. ¿En el último mes, cuánto gastaron en desayunos, almuerzos y/o cenas consumidos fuera del hogar?</p> <p style="text-align: right;">Monto Bs. <input type="text"/></p>	
<p>Monto Bs. <input type="text"/></p>	<p>11. ¿En el último mes, cuánto gastaron en hamburguesas, salteñas y otro tipo de comida rápida consumidos fuera del hogar?</p> <p style="text-align: right;">Monto Bs. <input type="text"/></p>	
	<p>12. ¿En el último mes, cuánto gastaron en bebidas alcohólicas consumidas fuera del hogar?</p> <p style="text-align: right;">Monto Bs. <input type="text"/></p>	

SECCIÓN 7: MÓDULO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PARTE A: ROL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL HOGAR (55 Y MÁS AÑOS DE EDAD)

PREGUNTAS	PERSONAS ADULTAS MAYORES																						
	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA																						
1. ¿Tiene Usted Cédula de Identidad (carnet) o RUN?	1 SI 2 NO	<input type="checkbox"/>																					
2. ¿Su aporte económico al hogar es... 1. el principal ingreso 2. es un ingreso secundario 3. ninguno, indiferente	Código de respuesta:	<input type="checkbox"/>																					
3. ¿Conoce Usted qué es la Renta Dignidad?	1 SI 2 NO	<input type="checkbox"/>																					
4. ¿Conoce Usted cómo se financia la Renta Dignidad?	1 SI 2 NO	<input type="checkbox"/>																					
5. ¿Sabe Usted a qué edad puede cobrar la Renta Dignidad?	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>	Edad <input type="text"/>																					
6. ¿Qué actividades hace Usted en su Hogar TODOS LOS DÍAS? 1. Ayuda en actividades agrícolas 2. Cuidado de animales 3. Cuidado de niños 4. Cocina para todos 5. Lava Ropa para todos 6. Otras (Especifique) Especificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>¿CUANTAS HORAS AL DÍA?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td></tr> </tbody> </table>	NO	SI	¿CUANTAS HORAS AL DÍA?	2	1		2	1		2	1		2	1		2	1		2	1		
NO	SI	¿CUANTAS HORAS AL DÍA?																					
2	1																						
2	1																						
2	1																						
2	1																						
2	1																						
2	1																						
7. ¿Cómo le tratan a Usted en su Hogar? 1. Le tratan con respeto 2. Ni bien, ni mal 3. No le tratan con respeto 4. Vive Solo(a)	Código de respuesta:	<input type="checkbox"/>																					
8. ¿Participa Usted en las decisiones importantes que se toman en su hogar?	1 SI 2 NO	<input type="checkbox"/>																					

PARA PERSONAS ENTRE LOS 55 Y 59 AÑOS DE EDAD: PASE A LA SECCIÓN 8 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, PÁG. 12, PREG. 1

SECCIÓN 7: MÓDULO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PARTE B: GESTIÓN DE COBRO DE LA RENTA DIGNIDAD (PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD)

PREGUNTAS	PERSONAS ADULTAS MAYORES
1. ¿Cobra o cobró Usted la Renta Dignidad? 1. No cobró nunca 2. Cobró alguna vez y ya no cobra más 3. Cobra actualmente → PREG. 3	Código de respuesta: <input type="checkbox"/>
2. ¿Por qué no cobra Usted la Renta Dignidad? 1. El punto de pago está muy lejos 2. No tiene Carnet de Identidad / RUN 3. Problemas con su cert. de nacimiento 4. Problemas con su cert. de matrimonio 5. No puede movilizarse por enfermedad 6. No necesita 7. Otros (Especifique) → PREG. 5	<p style="text-align: center;">NO SE OLVIDE DE ANOTAR LOS TRES MÁS IMPORTANTES</p> Códigos de respuesta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <p style="text-align: center;">----- Especificación</p>
3. ¿Cada cuantos meses cobra su Renta Dignidad?	Cantidad de meses: <input type="text"/>
4. ¿Cuándo fue la última vez que cobró su Renta Dignidad?	<input type="text"/> <input type="text"/> <p style="text-align: center;">Mes Año</p>
5. ¿Desde el año 2008 a la fecha, en su hogar falleció algún miembro de 60 o más años?	1 SI → PREG. 6 <input type="checkbox"/> 2 NO → PREG. 7a. <input type="checkbox"/>
6. ¿Cobraron los GASTOS FUNERALES?	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Quién cobró los gastos funerales? 1. El esposo(a) 2. Hermano (a) 3. Otro familiar o pariente 4. Vecino 5. Otro (especifique)	Código de respuesta: <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">----- Especificación</p>

SECCIÓN 7: MÓDULO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PARTE B: GESTIÓN DE COBRO DE LA RENTA DIGNIDAD

PREGUNTAS	RESPUESTAS
26. ¿Por qué no hizo su registro?	_____ _____ _____ PASE A LA PREGUNTA 30
27. ¿Dónde hizo su registro?	_____ _____ _____
28. ¿Tuvo algún problema cuando hacía su registro?	1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO → PREG. 30 <input type="checkbox"/>
29. ¿Cuál(es) ha(n) sido el(los) problema(s)?	_____ _____ _____
30. ¿Cree Usted que el pago de la Renta Dignidad con el nuevo sistema biométrico va a ser más fácil?	1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
31. ¿Cree Usted que el pago de la Renta Dignidad con el nuevo sistema biométrico va a ser más seguro?	1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
32. ¿Conoce Usted dónde acudir para pedir información o hacer reclamos acerca de la Renta Dignidad?	1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>

SECCIÓN 8: MÓDULO DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PARTE A: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

1. ¿Considera Usted que su salud ... 1. es buena? 2. no es buena?, pero desarrolla sus actividades diarias 3. mala?	Código de respuesta: <input type="checkbox"/>
2. ¿Durante el último año Usted se ha enfermado?	1. SI → PREG. 3 <input type="checkbox"/> 2. NO → PREG. 6 <input type="checkbox"/>

PARTE A: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

PREGUNTAS	RESPUESTAS
3. ¿Dónde buscó atención la última vez que se enfermó? 1. Promotor comunitario 2. Brigada de Salud Familiar Comunitaria (SAFCl) 3. Posta de salud 4. Centro de salud 5. Hospital público 6. Hospital de la caja 7. Clínica u hospital privado 8. Médico privado 9. Médico Tradicional / naturista 10. Farmacia 11. Amigo o familiar 12. Ningún lugar, usé medicina casera 13. No hizo nada → PREG. 6	Código de respuesta: <input type="checkbox"/>
4. ¿A qué distancia se encuentra el lugar? 1. cerca de su casa 2. no muy lejos 3. lejos	Código de respuesta: <input type="checkbox"/>
5. ¿Logró Usted resolver su problema de salud?	1. SI → PREG. 7 <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Tuvo Usted contacto con un servicio de salud o alguna actividad de prevención?	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Durante los últimos 12 meses, tuvo Usted algún accidente o caída?	1. SI → PREG. 8 <input type="checkbox"/> 2. NO → PREG. 11 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN 8: MÓDULO DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PARTE A: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

PREGUNTAS	RESPUESTAS																								
<p>8. ¿Dónde buscó atención la última vez?</p> <ol style="list-style-type: none"> Promotor comunitario Brigada de Salud Familiar Comunitaria (SAFCI) Posta de salud Centro de salud Hospital público Hospital de la caja Clinica u hospital privado Médico privado Médico Tradicional / naturista Farmacia Amigo o familiar Ningún lugar, usé medicina casera No hizo nada <p>➔ PREG. 11</p>	Código de respuesta: <input type="text"/>																								
<p>9. ¿A qué distancia se encuentra el lugar?</p> <ol style="list-style-type: none"> cerca de su casa no muy lejos lejos 	Código de respuesta: <input type="text"/>																								
<p>10. ¿Logró Usted resolver su problema relacionado con el accidente o caída?</p>	<ol style="list-style-type: none"> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 																								
<p>11. ¿Durante el último año Usted ha sentido...</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> dolores de cabeza? dolor de huesos, reumatismo? desmayos? ruidos en el oído? palpitaciones? dolores en el pecho? dificultades al orinar? hemorragias/sangrado? perdida de peso? olvidos o estados de confusión? 	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p>12. ¿Usted ha sido diagnosticado(a) (sabe que tiene)...</p> <ol style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial Diabetes Artrosis o artritis Catarata Demencia Senil Cáncer de cuello uterino (solo mujeres) Cáncer de próstata (solo hombres) Otros cánceres Ninguno ➔ PREG. 15 Otro (especifique) 	<p style="text-align: center;">NO SE OLVIDE DE ANOTAR LOS TRES MÁS IMPORTANTES</p> <p>Códigos de respuesta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>----- Especifique</p>																								
<p>13. ¿Recibe tratamiento médico para la(s) enfermedad(es) diagnosticada(s)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> SI ➔ PREG. 15 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 																								
<p>14. ¿Por qué no recibe tratamiento médico para las enfermedades diagnosticadas?</p> <ol style="list-style-type: none"> El tratamiento no es accesible (distancia) Tratamiento es costoso No tiene confianza o me hizo mal No es disponible en el lugar de atención El personal de salud no habla mi idioma 	Códigos de respuesta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								

PARTE A: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

PREGUNTAS	RESPUESTAS																				
<p>15. ¿Usted sufre de...</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> ceguera? disminución de la vista? sordera? disminución del oído? dependencia por demencia senil no puede caminar no puede levantarse de la cama otra discapacidad (especifique) <p>----- Especificación</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>16. ¿Quién lo(la) cuida en caso de que Usted se enferme?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> se cuida Usted mi esposo(a) hijo(a)(s) otro pariente enfermera / visita domiciliaria otros (especifique) <p>----- Especificación</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
SI	NO																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>17. ¿Está Usted afiliado(a) a algún seguro?</p>	<ol style="list-style-type: none"> SI ➔ PREG. 19 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 																				
<p>18. ¿Por qué no está Usted afiliado(a)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>LUEGO DE MARCAR LA(S) RESPUESTAS PASE A LA PREGUNTA 21</p> </div>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> No conocía el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) No hay transporte (es muy lejos) No tengo quien me ayude No tiene confianza o interés No tiene los documentos necesarios No afilian en el municipio Otro (especifique) <p>----- Especificación</p>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SI	NO																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>19. ¿A qué seguro está Usted afiliado?</p> <ol style="list-style-type: none"> Caja Nacional de Salud (CNS) Caja o Seguro privado Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) 	Código de Respuesta: <input type="text"/>																				
<p>20. ¿Ha utilizado alguna vez los servicios de ese seguro?</p>	<ol style="list-style-type: none"> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 																				
<p>21. ¿Durante los últimos seis meses, para el cuidado de su(s) enfermedades Usted ha gastado algún monto de dinero?</p>	<ol style="list-style-type: none"> SI ➔ PREG. 1 PÁG. 14 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 																				
<p>22. ¿Cuánto gastó Usted durante los últimos seis meses?</p>	Monto en Bs. <input type="text"/>																				

ANOTE HORA DE FINALIZACIÓN: HORAS : MIN.