



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

CONFIDENCIALIDAD

Esta encuesta se rige por las disposiciones del artículo 37 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Toda la información que se proporcione se mantendrá con carácter estrictamente CONFIDENCIAL y bajo ninguna circunstancia podrá utilizarse para otro fin.

OBLIGATORIEDAD

“Los informantes están obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas”. Art. 45 párrafo I de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica vigente.

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____

2. CONTROL DE VIVIENDA

CONTROL [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] UPM [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] DISTRIBUCIÓN SEMANAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 NÚMERO PROGRESIVO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] VIVIENDA SELECCIONADA [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NÚMERO DE HOGAR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3. DOMICILIO DE LA VIVIENDA

 CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR

 COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL

4. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

5. DATOS DEL ENTREVISTADOR (A)

PERIODO	PRELIMINAR			DEFINITIVO			NOMBRE	RFC		
	CLAVE	Fecha			CLAVE	Fecha				
	(Consulta el listado de claves)	Día	Mes	Año	(Consulta el listado de claves)	Día			Mes	Año
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

6. DATOS DEL SUPERVISOR (A)

7. DATOS DEL CRÍTICO (A) VALIDADOR (A)

NOMBRE	RFC	NOMBRE	RFC
_____	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	_____	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

LISTADO DE CLAVES PARA REGISTRAR EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA

00 ENTREVISTA LOGRADA

TIPO A (vivienda habitada)

TIPO B (vivienda deshabitada)

TIPO C (vivienda fuera de muestra)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 Nadie en el momento de las visitas 02 Ausente temporalmente 03 Se negó a dar información 04 Informante no adecuado(a) 05 Otro motivo (especifica en observaciones) 15 Entrevista suspendida | <ul style="list-style-type: none"> 06 Adecuada para habitarse 07 De uso temporal 08 Inadecuada para habitarse 09 De uso temporal para fines diferentes de habitación | <ul style="list-style-type: none"> 10 Demolida 11 Cambió de sitio (móvil) 12 Uso permanente para fines diferentes a los de habitación 13 Otro motivo (especifica en observaciones) |
|---|--|--|

8. SUPERVISIÓN

¿Entrevista observada?

1 Sí 2 No

□

SECCIÓN I. RESIDENTES DE LA VIVIENDA E IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

APLICA SOLO AL PRIMER HOGAR

NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA	GASTO COMÚN	NÚMERO DE HOGARES
<p>1. ¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda contando a bebés, niñas, niños, personas mayores y personas con discapacidad?</p> <p><i>SI SOLO VIVE UNA PERSONA PASA A LA PREGUNTA 4</i></p>	<p>2. ¿Todas estas personas comparten el mismo gasto para comer?</p> <p>1 Sí → <i>Pasa a 4</i> 2 No</p>	<p>3. ¿Cuántos hogares o grupos de personas tienen gastos separados para comer contando el de usted?</p>
¿Cuántas?	Clave	¿Cuántos?
□ □ □	□	□ □ □

APLICA A CADA HOGAR

TRABAJADORAS(ES) DOMÉSTICAS(OS)	BIENES Y TIC																	
<p>4. ¿En este hogar se contrata a personas para realizar trabajo doméstico ...</p> <p>1 de entrada por salida? 2 de planta? 3 de entrada por salida y de planta? 4 No contrata personas para realizar trabajo doméstico</p>	<p>4_1. ¿En este hogar tienen ...</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>01 licuadora? 02 refrigerador? 03 estufa de gas o estufa eléctrica? 04 lavadora? 05 computadora de escritorio? 06 computadora portátil (<i>laptop, notebook</i>)? 07 <i>tablet</i>? 08 impresora? 09 línea telefónica fija?</p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>10 teléfono celular? 11 internet? 12 servicio de televisión de paga? (<i>Cable o satelital</i>) 13 servicio de películas, música o videos de paga por internet? (<i>Netflix, Claro video, HBO, Spotify, etcétera</i>) 14 automóvil o camioneta? 15 motocicleta o motoneta? 16 bicicleta que se use como medio de transporte? 17 otro tipo de vehículo?</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small; color: blue;"><i>LEE LAS OPCIONES Y ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A CADA OPCIÓN, SI ES AFIRMATIVA ANOTA EL 1 DE LO CONTRARIO ANOTA EL 2</i></p>	<p>01 licuadora? 02 refrigerador? 03 estufa de gas o estufa eléctrica? 04 lavadora? 05 computadora de escritorio? 06 computadora portátil (<i>laptop, notebook</i>)? 07 <i>tablet</i>? 08 impresora? 09 línea telefónica fija?</p>	<p>10 teléfono celular? 11 internet? 12 servicio de televisión de paga? (<i>Cable o satelital</i>) 13 servicio de películas, música o videos de paga por internet? (<i>Netflix, Claro video, HBO, Spotify, etcétera</i>) 14 automóvil o camioneta? 15 motocicleta o motoneta? 16 bicicleta que se use como medio de transporte? 17 otro tipo de vehículo?</p>															
<p>01 licuadora? 02 refrigerador? 03 estufa de gas o estufa eléctrica? 04 lavadora? 05 computadora de escritorio? 06 computadora portátil (<i>laptop, notebook</i>)? 07 <i>tablet</i>? 08 impresora? 09 línea telefónica fija?</p>	<p>10 teléfono celular? 11 internet? 12 servicio de televisión de paga? (<i>Cable o satelital</i>) 13 servicio de películas, música o videos de paga por internet? (<i>Netflix, Claro video, HBO, Spotify, etcétera</i>) 14 automóvil o camioneta? 15 motocicleta o motoneta? 16 bicicleta que se use como medio de transporte? 17 otro tipo de vehículo?</p>																	
Clave ¿Cuántas(os)?	Clave																	
□ □ □ □	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">06</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">08</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">09</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">15</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">17</td> </tr> </table>	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
01	02	03	04	05	06	07	08											
09	10	11	12	13	14	15	16	17										

SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

LISTA DE PERSONAS	CONDICIÓN DE RESIDENCIA	PARENTESCO	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO			IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE		IDENTIFICACIÓN DEL PADRE		AFRODESCENDIENTES
					9	Día	Mes	Año	Código	Número de renglón	Código	
<p>5. ¿Cuál es el nombre de las personas integrantes de este hogar empezando por la jefa o el jefe, incluya a bebés, niñas, niños, personas mayores y personas con discapacidad?</p> <p><i>AL FINAL DE LA LISTA INCLUYE A LOS HUÉSPEDES, TRABAJADORAS(ES) DOMÉSTICAS(OS) Y A SUS FAMILIARES</i></p>	<p>6. La condición de residencia se define con la lista de residentes declarados y automáticamente se definen como residentes habituales.</p>	<p>7. ¿Qué es (NOMBRE) de la jefa o del jefe de este hogar?</p>	<p>8. (NOMBRE) es ...</p> <p>1 hombre 2 mujer</p>	<p>9. ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</p> <p>00 Menores de un año 97 97 o más años 98 Edad NE de mayores 99 Edad NE de menores</p>	<p>10. ¿En qué fecha nació (NOMBRE)?</p> <p>99 NS día y mes 9999 NS año</p>			<p>10_1. En este hogar, ¿vive la madre de (NOMBRE)?</p> <p>1 Sí → ¿Quién? 2 No</p> <p><i>ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA MADRE CUANDO SEA OPCIÓN 1</i></p>		<p>10_2. En este hogar, ¿vive la padre de (NOMBRE)?</p> <p>1 Sí → ¿Quién? 2 No</p> <p><i>ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL PADRE CUANDO SEA OPCIÓN 1</i></p>		<p>10_3. Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿(NOMBRE) se considera afroamericana(o) negra(o) o afrodescendiente?</p> <p>1 Sí 2 No</p>
01	<input type="text" value="1"/>	Jefa(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text" value="1"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD MEXICANA	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	SERVICIOS MÉDICOS
<p>11. ¿En qué estado de la república o país nació (NOMBRE)?</p> <p><i>PASA A 11_2 CUANDO HAYAN NACIDO EN MÉXICO</i></p>	<p>11_1. ¿(NOMBRE) tiene nacionalidad mexicana?</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>11_2. ¿(NOMBRE) está afiliada(o) o tiene derecho a los servicios médicos en ...</p> <p>1 el Seguro Social (IMSS)? 2 el ISSSTE? 3 el ISSSTE estatal? 4 PEMEX, Defensa o Marina? 5 el IMSS-BIENESTAR? 6 un centro de salud, hospital o Instituto de Salud Público (federal o estatal)? 7 un seguro privado de gastos médicos? 8 otra institución?</p> <p><i>Pasa a 11_4</i></p> <p><i>Pasa a 11_5</i></p> <p><i>LEE LAS OPCIONES Y ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA. SI SE TIENE ALGÚN CÓDIGO 1 EN LAS OPCIONES DE LA 1 A LA 4 PASA A 11_4. SI SE TIENE CÓDIGO 1 EN ALGUNA DE LAS OPCIONES DE LA 5 A LA 8 PASA A 11_5. SI TIENES CÓDIGO 2 EN TODAS LAS OPCIONES PASA A 11_3</i></p> <p>RESPUESTA POR OPCIÓN:</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>11_3. ¿En caso de sufrir algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que requiera de atención médica, ¿tendría (NOMBRE) acceso a la atención en un Instituto de Salud Público (estatal o federal)?</p> <p>1 Sí 2 No → <i>Pasa a 11_5</i></p>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

TIPO DE AFILIACIÓN	DISCAPACIDAD												
<p>11_4. ¿El servicio de (del) <i>(opción en pregunta 11_2 con código 1)</i> lo obtiene por ...</p> <p>1 prestación en su trabajo? 2 jubilación o invalidez? 3 una(un) familiar en el hogar? 4 orfandad o viudez (muerte de la persona asegurada)? 5 ser estudiante? 6 contratación propia?</p> <p style="color: blue; font-size: small;"><i>LEE LAS OPCIONES Y ANOTA EL CÓDIGO EN LAS CASILLAS CON LA NUMERACIÓN CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA 11_2, OPCIONES DE LA 1 A LA 4</i></p>	<p>11_5. Ahora le entregaré esta tarjeta para que me responda las siguientes preguntas; identifique su respuesta con un número del 1 al 4.</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: small;"><i>ENTREGA LA TARJETA DE RESPUESTAS A LA PERSONA INFORMANTE</i></p> <p>En su vida diaria, ¿(NOMBRE) cuánta dificultad tiene para ...</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: small;"><i>LEE CADA UNA DE LAS OPCIONES Y ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>1 ver, aun usando lentes? 2 oír, aun usando su aparato auditivo? 3 mover o usar brazos o manos? 4 caminar, subir o bajar usando sus piernas? 5 recordar o concentrarse? 6 bañarse, vestirse o comer?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>7 hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros)? 8 realizar sus actividades diarias por alguna condición emocional o mental (con autonomía e independencia)? <i>(Condición de salud como autismo, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etcétera)</i></p> </td> </tr> </table> <p style="color: blue; font-size: small;"><i>RESPUESTA POR OPCIÓN:</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>1 No tiene dificultad 2 Lo hace con poca dificultad</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>3 Lo hace con mucha dificultad 4 No puede hacerlo</p> </td> </tr> </table>	<p>1 ver, aun usando lentes? 2 oír, aun usando su aparato auditivo? 3 mover o usar brazos o manos? 4 caminar, subir o bajar usando sus piernas? 5 recordar o concentrarse? 6 bañarse, vestirse o comer?</p>	<p>7 hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros)? 8 realizar sus actividades diarias por alguna condición emocional o mental (con autonomía e independencia)? <i>(Condición de salud como autismo, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etcétera)</i></p>	<p>1 No tiene dificultad 2 Lo hace con poca dificultad</p>	<p>3 Lo hace con mucha dificultad 4 No puede hacerlo</p>								
<p>1 ver, aun usando lentes? 2 oír, aun usando su aparato auditivo? 3 mover o usar brazos o manos? 4 caminar, subir o bajar usando sus piernas? 5 recordar o concentrarse? 6 bañarse, vestirse o comer?</p>	<p>7 hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros)? 8 realizar sus actividades diarias por alguna condición emocional o mental (con autonomía e independencia)? <i>(Condición de salud como autismo, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etcétera)</i></p>												
<p>1 No tiene dificultad 2 Lo hace con poca dificultad</p>	<p>3 Lo hace con mucha dificultad 4 No puede hacerlo</p>												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4										
1	2	3	4	5	6	7	8						

SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA PERSONAS DE 1 O MÁS AÑOS

PARA PERSONAS DE 1 O MÁS AÑOS

MIGRACIÓN

ENTIDAD O PAÍS DE RESIDENCIA HACE UN AÑO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA HACE UN AÑO	CAUSA DE LA MIGRACIÓN
11_6. Hace un año, en (mes) de (año), ¿en qué estado de la república o en qué país vivía (NOMBRE)? <i>ESCUCHA, ANOTA LA CLAVE Y EL NOMBRE DEL ESTADO O PAÍS SEGÚN CORRESPONDA</i> 1 Aquí, en este estado 2 En otro estado <i>(Específica)</i> 3 En los Estados Unidos de América } <i>Pasa a 11_8</i> 4 En otro país <i>(Específica)</i>	11_7. ¿En qué municipio (alcaldía) vivía (NOMBRE) hace un año? <i>ESCUCHA, ANOTA LA CLAVE Y EL MUNICIPIO (ALCALDÍA), SEGÚN CORRESPONDA</i> 1 Aquí, en este municipio (alcaldía) → <i>Pasa a 11_9</i> 2 En otro municipio (alcaldía) <i>(Específica)</i>	11_8. ¿Por qué (NOMBRE) dejó de vivir en ese (municipio o alcaldía o país)? 01 Buscar trabajo 02 Cambio u oferta de trabajo 03 Reunirse con la familia 04 Se casó o unió 05 Estudiar 06 Por inseguridad o delincuencia (asaltos, extorsiones, homicidios) 07 Por violencia (entre vecinos, comunidad, intrafamiliar) 08 Por sus creencias religiosas 09 Por desastres naturales 10 Le deportaron (regresaron) 11 Otra causa <i>(Específica)</i>
Estado o país	Municipio (alcaldía)	Otra causa
<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"/> _____	<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"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

SECCIÓN IV. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA PERSONAS DE 3 O MÁS AÑOS

PARA PERSONAS DE 3 O MÁS AÑOS

LENGUA INDÍGENA	AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA	ALFABETISMO	NIVEL Y GRADO		NOMBRE DE LA CARRERA
<p>11_9. ¿(NOMBRE) habla alguna lengua indígena o dialecto?</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe</p>	<p>11_10. De acuerdo con la cultura de (NOMBRE), ¿ella(él) se considera indígena?</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe</p>	<p>12. ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe</p>	<p>13. ¿Hasta que año o grado aprobó (NOMBRE) en la escuela?</p> <p>00 Ninguno 01 Preescolar o kinder 02 Primaria 03 Secundaria 04 Preparatoria o bachillerato general 05 Bachillerato tecnológico 06 Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada</p> <p>08 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 09 Normal con primaria o secundaria terminada 10 Normal de licenciatura 11 Licenciatura o ingeniería (profesional) 12 Especialidad 13 Maestría 14 Doctorado 99 No sabe → <i>Pasa a 17</i></p>		<p>14. ¿Cuál es el nombre de la carrera que estudia o estudió (NOMBRE)?</p> <p><i>SI SE TRATA DE ESTUDIOS DE MAESTRÍA O DOCTORADO PASA A LA PREGUNTA 16</i></p>
			Nivel	Año o grado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN IV. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA PERSONAS DE 3 O MÁS AÑOS

PARA PERSONAS DE 3 O MÁS AÑOS

ANTECEDENTE ESCOLAR	EGRESO	ASISTENCIA ESCOLAR	TIPO DE SOSTENIMIENTO	MODALIDAD
<p>15. ¿Qué estudios le pidieron a (NOMBRE) para ingresar a esta carrera?</p> <p>1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 9 No sabe</p>	<p>16. ¿(NOMBRE) terminó los estudios o materias de esta carrera?</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe</p>	<p>17. ¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela?</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe</p>	<p>17_1. ¿La escuela en la que estudia o estudió (NOMBRE) es ...</p> <p><i>LEE LAS OPCIONES, ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE. CUANDO SEA OPCIÓN 4 Y CONTINUA SEGÚN CORRESPONDA</i></p> <p>1 pública o de gobierno? 2 privada o de paga? 3 de otro tipo? 4 Nunca ha estudiado → <i>Si es mujer pasa a 18 y si es hombre pasa a 19</i> 9 No sabe</p>	<p>17_2. ¿Los estudios que realiza o realizó (NOMBRE) son o fueron ...</p> <p><i>LEE LAS OPCIONES Y ANOTA EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</i></p> <p>1 solamente de manera presencial? 2 solamente de manera virtual o a distancia? 3 de manera presencial y virtual o a distancia? 4 Otra modalidad</p>
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>

CONTROL DE VISITAS

ENTREVISTADOR(A), registra los datos requeridos en el número de entrevista y visita que corresponde.

Visita	Hora de llegada a la vivienda	Hora de salida de la vivienda	Fecha	Resultado de la visita	Contacto telefónico <small>Si no tiene teléfono o no lo dan anota 9999999999.</small>	
1	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> Teléfono fijo	
2	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
3	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
4	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
5	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
6	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
7	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> Teléfono celular
8	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
9	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
10	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		

SUPERVISOR(A), registra los datos requeridos en el número de entrevista y visita que corresponde.

Visita	Hora de llegada a la vivienda	Hora de salida de la vivienda	Fecha	Resultado de la visita	Contacto telefónico <small>Si no tiene teléfono o no lo dan anota 9999999999.</small>	
1	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> Teléfono fijo	
2	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
3	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
4	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
5	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
6	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
7	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> Teléfono celular
8	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
9	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		
10	___ : ___	___ : ___	___ / ___ / ___	_ _		