



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Proyecto conjunto del Centro Centroamericano de Población (CCP) y el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA)

CRELES

Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable

CUESTIONARIO DEL ADULTO MAYOR

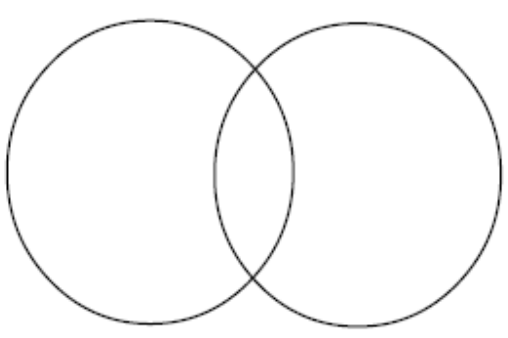
RONDA 1.

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIA.

Nombre del adulto mayor:		Código del selec:	_ _ _ _
Nombre del sustituto (si es aplicable):		Cantón y distrito:	_ _ _ _ _
Segmento: _ _ _ _		Vivienda:	_ _ _
AM1	Investigador	Giovanni	3
		Jorge	4
		Mabelyn	5
		Marcela	6
		Maritza	7
AM3	Entrevistador: El entrevistado:.....	Puede contestar el cuestionario	1
	<i>“La opción 2 se marca cuando el entrevistador observa desde el inicio de la entrevista, que el adulto mayor no puede contestar el cuestionario. Además este código se asigna automáticamente cuando B19>=6”.</i>	Tiene serios prob. de comunicación	2

SECCION ID: IDENTIFICACIÓN		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Antes de comenzar, quisiera recordarle nuevamente que esta entrevista es completamente voluntaria y confidencial. Si hay alguna pregunta que usted no desea responder, simplemente me avisa y seguimos a la próxima pregunta.			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
ID1	¿Puedo ver su cedula de identidad?	Número de cédula	_ _ _ _ _ _ _ _ _ → ID3
		No tiene	888888888 → ID2
ID2	¿En qué día, mes y año nació?	ID2a. Día	_ _
		ID2b. Mes	_ _
		ID2c. Año	_ _ _ _
ID3	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Años	_ _ _
		NS/NR	999
ID4	¿Cuál es el sexo del entrevistado?	Hombre	1
		Mujer	2
ID5	Para estar seguro usted se llama: _____	Sí	1
		No	2 → ID1 (sondear y/o revisar numero de cedula anotado)
		Hora al terminar: _ _ : _ _	

SECCION B: EVALUACION COGNITIVA		Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	
A continuación le voy a hacer una serie de ejercicios que sirven para ver cómo funciona su memoria. Voy a hacerle algunas preguntas y pedirle que haga algunas cosas. Algunas cosas son muy fáciles, y otras más difíciles. Quizás no sepa la respuesta a todas las preguntas. No hay problema con esto. Pero es importante que haga el mejor esfuerzo que pueda. ¿Tiene usted alguna pregunta?			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
Filtro 1	Necesita proxy (ver am3=2) (Este filtro se realiza de forma automática)	Si	1→B7
		No	2
B1	Dígame la fecha de hoy. (anote 1 punto por cada respuesta correcta)	Puntaje	
		B1a. Día de la semana	<input type="text"/>
		B1b. Día del mes	<input type="text"/>
		B1c. Mes	<input type="text"/>
		B1d. Año	<input type="text"/>
		Total	<input type="text"/>
B2	Ahora le voy a nombrar 3 objetos. Después de que los diga le voy a pedir que repita en voz alta las palabras que pueda recordar en cualquier orden. Recuerde cuáles son por que se los voy a volver a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta? (Recordó 1, No recordó 0)	Correcto	
		B2a. Árbol	<input type="text"/>
		B2b. Mesa	<input type="text"/>
		B2c. Perro	<input type="text"/>
		Total	<input type="text"/>
B3	Ahora le voy a decir unos números y quiero que los repita al revés: 1 3 5 7 9 Nota: Anote 1 si el orden es el correcto (9 7 5 3 1) y 0 cualquier otra respuesta.	Respuesta del entrevistado:	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		9 7 5 3 1	
		(Respuesta correcta)	
		Respuesta correcta	<input type="text"/>
B4	Le voy a dar un papel. Tome el papel con la MANO DERECHA, doble por la MITAD con AMBAS MANOS y colóquelo SOBRE SUS PIERNAS (Acción correcta 1, incorrecta 0)	Correcto	
		B4a. Toma papel con mano derecha	<input type="text"/>
		B4b. Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="text"/>
		B4c. Coloca sobre sus piernas	<input type="text"/>
		Total	<input type="text"/>
B5	Hace un momento nombré tres objetos y repitió los que recordó, Dígame cuáles recuerda ahora (Recordó 1, No recordó 0)	Correcto	
		B5a. Árbol	<input type="text"/>
		B5b. Mesa	<input type="text"/>
		B5c. Perro	<input type="text"/>

SECCION B: EVALUACION COGNITIVA		Hora al iniciar: _ _ : _ _
A continuación le voy a hacer una serie de ejercicios que sirven para ver cómo funciona su memoria. Voy a hacerle algunas preguntas y pedirle que haga algunas cosas. Algunas cosas son muy fáciles, y otras más difíciles. Quizás no sepa la respuesta a todas las preguntas. No hay problema con esto. Pero es importante que haga el mejor esfuerzo que pueda. ¿Tiene usted alguna pregunta?		
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS
		Total _ _
B6	<p>Por favor copie el dibujo que le estoy entregando (La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Anote un punto si el dibujo está correcto)</p> 	Correcto _
FILTRO	<p>Sume las respuestas correctas de las preguntas B1 a la B6 (puntaje máximo 15)</p>	<p>Total _ _ </p> <p>Suma es 10 o más 1 → anote hora al terminar y pase a secc. AB</p> <p>Suma es 9 o menos 2 → B7</p>
B7	¿Puede alguna persona que reside usualmente en este hogar ayudarnos a contestar algunas preguntas?	<p>Si 1 → nombre del informante (sustituto) _____ y pase a B8</p> <p>No 2 → evalúe si puede continuar con persona entrevistada</p>
<i>Preguntas para quienes son candidatos a contestar formulario con proxy. (#) valores en la base de datos.</i>		
B8	¿Es ____ capaz de manejar su propio dinero?	<p>Si es capaz 0 (1)</p> <p>Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo 0 (2)</p> <p>Con alguna dificultad pero puede hacerlo 1 (3)</p> <p>Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora 1 (4)</p> <p>Necesita ayuda 2 (5)</p> <p>No es capaz 2 (6)</p>

SECCION B: EVALUACION COGNITIVA		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
A continuación le voy a hacer una serie de ejercicios que sirven para ver cómo funciona su memoria. Voy a hacerle algunas preguntas y pedirle que haga algunas cosas. Algunas cosas son muy fáciles, y otras más difíciles. Quizás no sepa la respuesta a todas las preguntas. No hay problema con esto. Pero es importante que haga el mejor esfuerzo que pueda. ¿Tiene usted alguna pregunta?			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
B9	¿Es ____ capaz de hacer compras sólo (comida, ropa)?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B10	¿Es _____ capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B11	¿Es _____ capaz de preparar la comida?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B12	¿Es _____ capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B13	¿Es _____ capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión, o un artículo de periódico?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)

SECCION B: EVALUACION COGNITIVA		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
A continuación le voy a hacer una serie de ejercicios que sirven para ver cómo funciona su memoria. Voy a hacerle algunas preguntas y pedirle que haga algunas cosas. Algunas cosas son muy fáciles, y otras más difíciles. Quizás no sepa la respuesta a todas las preguntas. No hay problema con esto. Pero es importante que haga el mejor esfuerzo que pueda. ¿Tiene usted alguna pregunta?			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
B14	¿Es _____ capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B15	¿Es _____ capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B16	¿Es _____ capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B17	¿Es _____ capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)
B18	¿Es _____ capaz de quedarse sola(o) en la casa sin problemas?	Si es capaz	0 (1)
		Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0 (2)
		Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1 (3)
		Nunca lo ha hecho pero tendría dificultad ahora	1 (4)
		Necesita ayuda	2 (5)
		No es capaz	2 (6)

SECCION B: EVALUACION COGNITIVA		Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>
A continuación le voy a hacer una serie de ejercicios que sirven para ver cómo funciona su memoria. Voy a hacerle algunas preguntas y pedirle que haga algunas cosas. Algunas cosas son muy fáciles, y otras más difíciles. Quizás no sepa la respuesta a todas las preguntas. No hay problema con esto. Pero es importante que haga el mejor esfuerzo que pueda. ¿Tiene usted alguna pregunta?		
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS
B19	<p>FILTRO</p> <p>Sume los puntajes de las preguntas de B9 a B18 y anote el total</p>	<p>TOTAL <input type="text"/></p> <p>Suma es 6 o más 1 → Continúe la entrevista con ayuda de sustituto (revise sección ID y utilice formulario para el proxy) (<i>Se asigna automáticamente AM3=2</i>)</p> <p>Suma es 5 o menos 2 → Continúe con el entrevistado, puede utilizar informante auxiliar</p>
<i>Fin de sección para quienes son candidatos a contestar formulario con proxy</i>		
		Hora al terminar: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>

SECCION AB: REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR						HORA INICIO: ____:____	
Ahora voy a preguntarle sobre las personas que viven en esta casa.							
AM4 ¿Cuántas personas viven en este hogar?						NÚMERO ____	
Dígame el nombre de todas las personas que viven habitualmente en este hogar empezando con usted (seleccionado) y luego su cónyuge. Liste los adultos primero y luego los niños. Entonces pregunte ¿Ha y alguna otra persona que viva aquí, aunque no esté presente en estos momentos? (esto incluye a los niños que estén en la escuela o en el trabajo). Si <u>si</u> , complete la lista. Entonces, pregunte y anote las respuestas.							
						Solo hijos biológicos o ajenos	
AB1 Nombre	AB2 ¿Cuál es la relación de parentesco de ____ con usted (seleccionado)?	AB3 ¿Es ____ hombre o mujer?	AB4 ¿Cuántos años cumplidos tiene ____?	AB5 ¿Cuál es el estado conyugal de ____?	AB6 ¿Su hija(o) ____ siempre ha vivido con usted?	AB7 ¿ ____ se vino a vivir con usted o usted se mudó a vivir con ____ ?	
	1. Seleccionado 2. Cónyuge 3. Hijo biológico 4. Hijo ajeno 5. Yerno/Nuera 6. Nieto(a) 7. Hermano(a) 8. Padre/Madre biológico 9. Padrastro/madrastra 10. Suegra 11. Otro familiar 12. Empleada doméstica 13. Otro no familiar 99. NS/NR	1 Hombre 2 Mujer	ANOTE AÑOS COMPLETOS	1. Unido 2. Casado 3. Separado / divorciado 4. Viudo 5. Soltero 6. Otro 9. NS/NR	1. Si → AM5 2. No 9. NS/NR	1. ____ se vino 2. Entrevistado se cambió 9. NS/NR	
L	NOMBRE	PARENTESCO	H	M	EDAD	EST CON	
1		__1__	1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
2			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
3			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
4			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
5			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
9			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
7			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
8			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
9			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
10			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
11			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9
12			1	2	__ __ __	__ __	1 2 9

AM5	De todas las personas que nombró, quién es el (la) jefe del hogar? Anote número de la persona en el registro.	Número	_
Ahora le voy a preguntar acerca de sus hijos.			
AM6	Ahora le voy a preguntar sobre sus hijos ¿Cuántos hijos propios nacidos vivos tuvo usted?	Ninguno Número de hijos NS/NR	0→AM11 _ _ 99
AM7	En total, ¿cuántos de estos hijos siguen vivos?	Número de hijos vivos NS/NR	_ _ 99
AM8	¿Cuántos nietos(as) tiene?	Número de nietos 98 o más nietos NS/NR	_ _ 98 99
AM9	¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?	Am9. Edad Am9a. Año NS/NR	_ _ _ _ _ _ 9999
AM10	¿Qué edad tenía usted cuando nació su último hijo?	Am10. Edad Am10a. Año NS/NR	_ _ _ _ _ _ 9999
		Hora al terminar: _ _ : _ _	

SECCION AC: REGISTRO DE HIJOS NO RESIDENTES						HORA INICIO: _ _ : _ _							
AM11 ¿Cuántos hijos propios y no propios NO viven con usted este hogar?						NÚMERO _ _ → Si 0 pase a A1							
PARA HIJOS DEL SELECCIONADO (A): Dígame los nombres de cada uno de los hijos (as) que no viven habitualmente en este en este hogar. (incluya: hijos propios, hijastros, hijos adoptados e hijos de crianza)													
AC1 Nombre		AC2 ¿Es _____ hombre o mujer? 1. Hombre 2. Mujer		AC3 Es _____ hijo propio o no propio? 1. Hijo propio 2. No propio 9. NS/NR		AC4 ¿Cuántos años cumplidos tiene _____? _____?		AC5 ¿Cuál es el estado conyugal de _____? 1. Unido 2. Casado 3. Separado/divorciado 4. Viudo 5. Soltero 6. Otro 9. NS/NR		AC6 ¿Dónde vive _____? 1. En el mismo barrio o pueblo 2. Diferente barrio o pueblo pero misma ciudad 3. Otra ciudad en Costa Rica 4. Fuera de Costa Rica 9. NS/NR		AC7 Con que frecuencia se ven o visitan con _____? 1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Quincenalmente 4. Mensualmente 5. Otro 6. Nunca 9. NS/NR	
L	NOMBRE	H	M	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CONY.	VIVE		VISITAS				
1		1	2	—	— —	—	—		—				
2		1	2	—	— —	—	—		—				
3		1	2	—	— —	—	—		—				
4		1	2	—	— —	—	—		—				
5		1	2	—	— —	—	—		—				
6		1	2	—	— —	—	—		—				
7		1	2	—	— —	—	—		—				
8		1	2	—	— —	—	—		—				
9		1	2	—	— —	—	—		—				
10		1	2	—	— —	—	—		—				
11		1	2	—	— —	—	—		—				
12		1	2	—	— —	—	—		—				

SECCION A: DATOS PERSONALES DEL SELECCIONADO		Hora al iniciar: :																																																																	
Ahora seguiremos hablando de usted mismo(a)																																																																			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS																																																																	
EDUCACIÓN																																																																			
A1	¿Sabe leer y escribir un recado?	Si	1																																																																
		No	2																																																																
		NS/NR	9																																																																
A2	¿Cuál fue el último nivel y grado de educación formal que usted aprobó?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">A2a. Nivel</th> <th colspan="6">A2b. Años de estudio (grado)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Ninguno</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Primaria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Secundaria académica</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Secundaria técnica</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Parauniversitaria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3+</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Educación superior</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5+</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>NS/NR</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		A2a. Nivel		A2b. Años de estudio (grado)						0	Ninguno	0						1	Primaria	1	2	3	4	5	6	2	Secundaria académica	1	2	3	4	5		3	Secundaria técnica	1	2	3	4	5	6	4	Parauniversitaria	1	2	3+				5	Educación superior	1	2	3	4	5+		9	NS/NR	9					
A2a. Nivel		A2b. Años de estudio (grado)																																																																	
0	Ninguno	0																																																																	
1	Primaria	1	2	3	4	5	6																																																												
2	Secundaria académica	1	2	3	4	5																																																													
3	Secundaria técnica	1	2	3	4	5	6																																																												
4	Parauniversitaria	1	2	3+																																																															
5	Educación superior	1	2	3	4	5+																																																													
9	NS/NR	9																																																																	
HISTORIA CONYUGAL																																																																			
A3	¿Cuál es su estado conyugal actual?	Unida(o) / juntada(o)	1 →A4																																																																
		Casada (o)	2 →A4																																																																
		Viuda(o) de unión libre	3 →A7																																																																
		Viuda(o) de matrimonio	4 →A7																																																																
		Divorciada(o)	5 →A7																																																																
		Separada(o) de unión libre	6 →A7																																																																
		Separada(o) de matrimonio	7 →A7																																																																
		Nunca casada(o) o en unión	8 →A16																																																																
		NS/NR	9 →A16																																																																
A4	¿Cuál fue la principal actividad laboral de su cónyuge durante la semana pasada?	Trabaja (ó)	1																																																																
		No trabaja pero tiene trabajo	2																																																																
		Busca (ó) trabajo	3																																																																
		Quehaceres del hogar	4																																																																
		Es (era) pensionado	5																																																																
		No trabaja(ó)	6																																																																
		NS/NR	9																																																																

SECCION A: DATOS PERSONALES DEL SELECCIONADO		Hora al iniciar: _ _ : _ _							
Ahora seguiremos hablando de usted mismo(a)									
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS							
A5	¿Cuál es la ocupación en la que trabajó su cónyuge en la mayor parte de su vida?	Ama de casa	1						
		Peon agricola	2						
		Agricultor independiente	3						
		Servicio doméstico	4						
		Obrero especializado	5						
		Obrero no especializado	6						
		Vendedor, comerciante	7						
		Otros servicios	8						
		Profesional, directivo	9						
		Oficinista	10						
		Otro	11						
NS/NR	99								
A6	¿Tiene su cónyuge algún problema serio de salud o alguna limitación física?	Si	1 → A8						
		No	2 → A8						
		NS/NR	9 → A8						
A7	¿En que año terminó su última unión o matrimonio?	A7a. Año	_ _ _ _						
		A7b. Hace	_ _ años						
		A7c. Edad	_ _						
		NS/NR	9999						
<i>Ahora vamos a hablar de su actual o último cónyuge (esposo o compañero)</i>									
A8	¿En que año comenzó a vivir junto a su cónyuge?	Año	_ _ _ _						
		NS/NR	9999						
A9	¿Qué diferencia de edad tenía usted con su cónyuge cuando comenzaron a vivir juntos?.	Años	_ _ → Si es 0 pase a A11						
		NS/NR	99						
A10	¿Quién era mayor cuando comenzaron a vivir juntos, usted o su cónyuge?	Mayor usted	1						
		Mayor su cónyuge	2						
		NS/NR	9						
A11	¿Cuál fue el último nivel y grado de educación formal que su cónyuge aprobó?	A11a. Nivel							
		A11b. Años de estudio (grado)							
		0 Ninguno	0						
		1 Primaria	1	2	3	4	5	6	9
		2 Secundaria académica	1	2	3	4	5	9	
		3 Secundaria técnica	1	2	3	4	5	6	9
		4 Parauniversitaria	1	2	3+	9			
5 Educación superior	1	2	3	4	5+	9			
9 NS/NR	9	9							

SECCION A: DATOS PERSONALES DEL SELECCIONADO		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora seguiremos hablando de usted mismo(a)			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
A12	¿Qué tipo de seguro social tiene o tenía su cónyuge?	Asalariado	1
		Familiar	2
		Por cuenta propia o convenio	3
		Por el estado	4
		Otro	5
		Ninguno	6
		Es (era) pensionado	7
		NS/NR	9
A13	¿Fuma (fumaba) su cónyuge?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
A14	¿Tuvo USTED alguna otra unión?	Si	1 →A15
		No	2 →A16
		NS/NR	9 →A16
A15	¿Cuál fue la razón principal por la que esta unión terminó?	Acuerdo mutuo	1
		Muerte del cónyuge	2
		Otro	3
		NS/NR	9
MADRE DEL SELECCIONADO			
A16	¿Está viva su madre biológica?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
A17	¿Qué edad tiene actualmente su madre / tenía cuando murió?	Edad	_ _ _
		NS/NR	999
A18	¿Cuál es (fue) el nivel de educación de su madre?	Ninguno	1
		Primaria	2
		Secundaria	3
		Superior	4
		NS/NR	9
LONGEVIDAD ESPERADA DEL SELECCIONADO			
A19	¿Qué tan seguro (a) está usted que va a vivir hasta los...? 80 años [si tiene menos de 69 años] 85 años [si tiene entre 70 y 74 años] 90 años [si tiene entre 75 y 79 años] 95 años [si tiene entre 80 y 84 años] 100 años [si tiene entre 85 y 90 años] No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Muy seguro	1
		Poco seguro	2
		Algo seguro	3
		Nada seguro	4
		NS/NR	9

SECCION A: DATOS PERSONALES DEL SELECCIONADO		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora seguiremos hablando de usted mismo(a)			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
RELIGION DEL SELECCIONADO			
A20	¿De qué religión es usted?	Católica	1
		Protestante	2
		Evangélica	3
		Otra cristiana	4
		Otra no cristiana	5
		Ninguna	6
		NS/NR	9
A21	¿Con qué frecuencia asiste a los servicios religiosos?	Diariamente	1
		Semanalmente	2
		Quincenalmente	3
		Mensualmente	4
		De vez en cuando	5
		Nunca	6
		NS/NR	9
MIGRACION DEL SELECCIONADO			
A22a	¿En qué cantón (país) nació?	En este mismo cantón	1
		En otro cantón	2 A22b. Cuál: _____
		Nicaragua	3
		Otro país	4
		NS/NR	9
A23	¿Cuántos años vivió usted en el lugar en que nació?	Toda la vida	97→AM12
		Años	_ _ →A24
		NS/NR	99→A24
A24a	¿Dónde vivió la mayor parte de su vida?	En Costa Rica en este cantón	1
		Otros cantones de Costa Rica	2 A24b. Cuál: _____
		Otro	3
		Nicaragua	4
		NS/NR	9
A25	¿Cuántos años tiene de vivir en este lugar?	Años	_ _
		NS/NR	99
A26a	¿Dónde vivía en 1984?	En Costa Rica en este cantón	1
		Otros cantones de Costa Rica	2 A26b. Cuál: _____
		En otro país	3 A26c. Cuál: _____
		NS/NR	9

SECCION A: DATOS PERSONALES DEL SELECCIONADO		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora seguiremos hablando de usted mismo(a)			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
A27a	¿Dónde vivía en 1973?	En Costa Rica en este cantón	1
		Otros cantones de Costa Rica	2 A27b. Cuál: _____
		En otro país	3 A27c. Cuál: _____
		NS/NR	9
			Hora al terminar: _ _ : _ _

SECCION SP: SEGUROS Y PENSIONES		Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	
Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre su seguro y las pensiones			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
AM12	¿Recibe alguna pensión del seguro social o del gobierno?	Si No NS/NR	1→ AM13 2→ AM14 9→ AM14
AM13	¿Cuántas pensiones recibe?	Pensiones	<input type="text"/>

Ahora vamos a hablar de cada una de esas pensiones, por favor comencemos con la primera que le fue otorgada						
Pensión	SP1. ¿Qué tipo de pensión es(era)?	SP2. ¿Qué edad tenía usted cuando le otorgaron esta pensión?	SP3. ¿Cuál es el monto mensual de esta pensión? (en miles)	SP4. Entonces diría que el monto de esta pensión es: (solo para quienes responden NS/NR en pregunta anterior)		
	1. Propia: proveniente del cumplimiento de cuotas por ser asalariado. 2. Propia: proveniente del cumplimiento de cuotas por haber pagado voluntariamente. 3. Propia: Otorgada por el estado. 4. Pensionado por invalidez. 5. Heredada: proveniente del cumplimiento de cuotas por ser asalariado. 6. Heredada: proveniente del cumplimiento de cuotas por haber pagado voluntariamente. 7. Heredada: Otorgada por el estado. 8. Heredada de alguien que tenía una pensión de invalidez. 9. Otra 99. NS/NR	NS/NR 99				
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mil NS/NR 999	SP4. Más de 100 mil colones Si 1→SP6 No 2→SP5 NS/NR 9→AM14	SP5. Más de 80 mil colones Si 1→AM14 No 2→AM14 NS/NR 9→AM14	SP6. Más de 200 mil colones Si 1→AM14 No 2→AM14 NS/NR 9→AM14
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mil NS/NR 999	SP4. Más de 100 mil colones Si 1→SP6 No 2→SP5 NS/NR 9→AM14	SP5. Más de 80 mil colones Si 1→AM14 No 2→AM14 NS/NR 9→AM14	SP6. Más de 200 mil colones Si 1→AM14 No 2→AM14 NS/NR 9→AM14
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mil NS/NR 999	SP4. Más de 100 mil colones Si 1→SP6 No 2→SP5 NS/NR 9→AM14	SP5. Más de 80 mil colones Si 1→AM14 No 2→AM14 NS/NR 9→AM14	SP6. Más de 200 mil colones Si 1→AM14 No 2→AM14 NS/NR 9→AM14

SECCION SP: SEGUROS Y PENSIONES		CATEGORIAS Y CODIGOS	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
AM14	¿Tiene actualmente una pensión del sector privado?	Si No NS/NR	1→AM15 2→AM20 9→AM20
AM15	¿Que edad tenía usted cuando comenzó a recibir esta pensión?	Edad NS/NR	<input type="text"/> 99

SECCION SP: SEGUROS Y PENSIONES		CATEGORIAS Y CODIGOS		
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
AM16	¿Cuál es el monto de esta pensión?	Monto NS/NR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> miles →SPS1 999 → AM17	
	Entonces diría que el monto de esta pensión es:	AM17. Más de 100 mil colones Si 1 →AM19 No 2 →AM18 NS/NR 9 →AM20	AM18. Más de 80 mil colones Si 1 →AM20 No 2 →AM20 NS/NR 9 →AM20	AM19. Más de 200 mil colones Si 1 →AM20 No 2 →AM20 NS/NR 9 →AM20
PARA LOS NO PENSIONADOS				
AM20	¿Esta actualmente asegurado?	Si 1 →SPS1 No 2 →AM21 NS/NR 9 →AM21		
AM21	¿Hace cuantos meses/ años está sin seguro?	AM21a. Meses AM21b. Años NS/NR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 99	
AM22	¿Ha estado asegurado alguna vez?	Si 1 →SPS1 No 2 →AM23 NS/NR 9 →AM23		

Ahora vamos a hablar de cada uno de sus seguros, nos interesa conocer las veces que cambio de condición de aseguramiento y si hubo lapsos de tiempo de al menos un año en que estuvo asegurado. Por favor comencemos a partir de 1970. Si se es pensionado, llegar hasta el seguro antes de pensionarse.

Seguro	SPS1 ¿ Que tipo de seguro es / era?	SPS2 ¿Que edad tenia usted cuando inició con este seguro? O en que año se lo otorgaron?	SPS3 ¿Qué edad tenia cuando termino con este seguro ?
	1. Asalariado. 2. Cuenta propia o voluntario. 3. Otorgado por el estado. 4. Familiar de asalariado. 5. Familiar de cuenta propia o voluntario. 6. Familiar de alguien a quien se lo otorga el estado. 7. Familiar de algún pensionado. 8. Otro 9. NS/NR	NS/NR 9999 SPS2a. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> SPS2b. Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nota Para seguro actual escribir código 97. NS/NR 99
01	<input type="text"/>	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SECCION SP: SEGUROS Y PENSIONES		CATEGORIAS Y CODIGOS	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
AM23	¿Tiene algún otro seguro médico o de hospitalización privado?	Si 1 → AM24 No 2 → AM29 NS/NR 9 → AM29	
AM24	Este seguro....	Lo paga usted o algún familiar Es pagado o parte de una pensión de su empleo actual o empleo anterior NS/NR	1 2 9

SECCION SP: SEGUROS Y PENSIONES		CATEGORIAS Y CODIGOS		
NO.	PREGUNTAS			
AM25	¿Cuál es el monto anual que se paga?	Monto NS/NR	_ _ _ miles → AM29 999 →AM26	
	Entonces diría que el monto que paga por este concepto es:	AM26. Más de 100 mil colones Si 1 → AM28 No 2 → AM27 NS/NR 9 → AM29	AM27. Más de 80 mil colones Si 1 → AM29 No 2 → AM29 NS/NR 9 → AM29	AM28. Más de 200 mil colones Si 1 No 2 NS/NR 9

AM29	Ahora, si usted me lo permite le voy a tomar una foto. (Que el entrevistado se levante unos segundos)	Foto tomada 1 (Recuerde escribir código en la foto) Foto NO tomada 2
Hora al terminar: _ _ : _ _		

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
AUTOEVALUACION			
C1	¿Cómo diría que es su salud ahora: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?	Excelente	1
		Muy buena	2
		Buena	3
		Regular	4
		Mala	5
		NS/NR	9
C2	¿Cómo diría que es su salud en comparación con otras personas de su edad: Mejor, Igual, Peor?	Mejor	1
		Igual	2
		Peor	3
		NS/NR	9
C3	<p>MUESTRE TARJETA</p> <p>Ahora vamos a usar esta tarjeta para que usted escoja un numero de 1 a 7 para calificar su estado de salud, donde 7 significa una salud excelente y 1 una salud mala.</p> <p>Por favor escoja el número que mejor describe su estado de salud.</p>	Número	_
		NS/NR	9
Ahora vamos a hablar de condiciones de salud detectadas por un médico.			
HIPERTENSION			
C4	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido la presión sanguínea alta (hipertensión)?	Si	1 → C5
		No	2 → C6
		NS	8 → C6
		NR	9 → C6
C5	¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía la presión alta?	C5a. Edad	_ _ _
		C5b. Año	_ _ _ _
		NS/NR	9999
C6	¿Hace cuánto tiempo se tomo la presión por última vez?	Menos de 6 meses	1
		De 6 a 11 meses	2
		De 1 a 2 años	3
		Más de 2 años	4
		Nunca	5
		NS	8
		NR	9

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
COLESTEROL			
C7	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido el colesterol alto?	Si	1 → C8
		No	2 → C9
		NS	8 → C9
		NR	9 → C9
C8	¿A que edad le dijeron por primera vez que tenía el colesterol alto?	C8a. Edad	_ _ _
		C8b. Año	_ _ _ _
		NS/NR	9999
C9	¿Hace cuánto tiempo se midió el colesterol por última vez?	Menos de 6 meses	1
		De 6 a 11 meses	2
		De 1 a 2 años	3
		Más de 2 años	4
		Nunca	5
		NS	8
		NR	9
DIABETES			
C10	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido diabetes (niveles altos de azúcar en la sangre)?	Si	1 → C11
		No	2 → C17
		NS	8 → C17
		NR	9 → C17
C11	¿A que edad le dijeron por primera vez que tenía diabetes?	C11a. Edad	_ _ _
		C11b. Año	_ _ _ _
		NS/NR	9999
C12	¿Esta tomando pastillas para controlar su diabetes?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
C13	¿Está usando inyecciones de insulina para controlar su diabetes?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
C14	¿Con que frecuencia se mide usted mismo el nivel de azúcar?	Más de una vez al día	1
		Una vez al día	2
		Una vez por semana	3
		Menos de una vez por semana	4
		Nunca	5
		Otra	7
		NS	8
		NR	9
C15	¿Cada cuánto tiempo tiene control (médico) de su diabetes?	Una vez cada tres meses	1
		Una vez cada seis meses	2
		Una vez al año	3
		Menos de una vez por año	4
		No tiene	5
		NS	8
		NR	9
C16	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades diarias en el hogar o trabajo?	Mucho	1 → C18
		Poco	2 → C18
		Nada	3 → C18
		NS/NR	9 → C18
C17	¿Cuándo fue la última vez que un doctor le hizo una prueba para saber si tenía azúcar en la sangre?	Menos de 6 meses	1
		De 6 a 11 meses	2
		De 1 a 2 años	3
		Más de 2 años	4
		Nunca	5
		NS	8
		NR	9
CANCER			
C18	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene cáncer o tumor maligno, excluyendo pequeños tumores en la piel?	Si	1 → C19
		No	2 → C22
		NS	8 → C22
		NR	9 → C22
C19	¿A que edad le dijeron por primera vez que tenía esta enfermedad?	C19a. Edad	_ _ _
		C19b. Año	_ _ _ _
		NS/NR	9999

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
C20	¿En qué órgano o parte del cuerpo le comenzó el cáncer?	Estómago	1
		Otros digestivos	2
		Sistema urinario	3
		Leucemia	4
		Pulmón	5
		Otros respiratorios	6
		Próstata	7
		Útero / cervix	8
		Mama	9
		Otro	10
		NS/NR	99
C21	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades diarias en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9
ASMA O BRONQUITIS CRÓNICA Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES			
C22	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido alguna enfermedad respiratoria o pulmonar crónica, como enfisema, tuberculosis, asma o bronquitis crónica?	Si	1 → C23
		No	2 → C26
		NS	8 → C26
		NR	9 → C26
C23	¿A que edad le dijeron por primera vez que tenía esta enfermedad respiratoria?	C23a. Edad	_ _ _
		C23b. Año	_ _ _ _
		NS/NR	9999
C24	¿Está recibiendo algún tratamiento para su(s) enfermedad(es) respiratoria(s)?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
C25	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades diarias en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9
ENFERMEDAD CORAZON			
C26	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido un infarto o ataque al corazón?	Si	1 → C27
		No	2 → C32
		NS/NR	9 → C32

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
<i>Ahora vamos a hablar de las veces que ha tenido estos infartos o ataques.</i>				
C27	¿Cuántos infartos o ataques ha tenido en toda su vida?	Infartos _ _		
	Por favor dígame ¿A qué edad tuvo estos infartos o ataques? Comience con el primero que tuvo.	C28. Primer infarto _ _ NS/NR 999	C29. Segundo infarto _ _ NS/NR 999	C30. Tercer infarto _ _ NS/NR 999
C31	¿Actualmente estos problemas del corazón le hicieron cambiar sus actividades normales en el hogar o trabajo?	Mucho	1	
		Poco	2	
		Nada	3	
		NS/NR	9	
OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN				
C32	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido alguna enfermedad del corazón sin haber tenido infarto?	Si	1 → C33	
		No	2 → C35	
		NS	8 → C35	
		NR	9 → C35	
C33	¿A que edad se le diagnosticó ese problema en el corazón?	C33a. Edad	_ _ _	
		C33b. Año	_ _ _ _	
		NS/NR	9999	
C34	¿Actualmente esta enfermedad le hizo cambiar sus actividades normales en el hogar o trabajo?	Mucho	1	
		Poco	2	
		Nada	3	
		NS/NR	9	
DERRAME CEREBRAL				
C35	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido derrame cerebral?	Si	1 → C36	
		No	2 → C41	
		NS	8 → C41	
		NR	9 → C41	
<i>Ahora vamos a hablar de las veces que ha tenido estos derrames cerebrales.</i>				
C36	¿Cuántos derrames cerebrales ha tenido en toda su vida?	Derrames _ _		
	Por favor dígame a que edad tuvo estos derrames. Comience con el primero que tuvo. NS/NR 99	C37. Primer derrame _ _	C38. Segundo derrame _ _	C39. Tercer derrame _ _

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
C40	¿Actualmente este derrame (s) le hizo cambiar sus actividades normales en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9
ARTRITIS			
C41	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido artritis, reumatismo o artrosis?	Si	1 → C42
		No	2 → C44
		NS	8 → C44
		NR	9 → C44
C42	¿A qué edad le diagnosticaron la artritis o reumatismo por primera vez?	C42a. Edad	<input type="text"/>
		C42b. Año	<input type="text"/>
		NS/NR	9999
C43	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades normales en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9
OSTEOPOROSIS			
C44	¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido osteoporosis (fragilidad de los huesos)?	Si	1 → C45
		No	2 → C47
		NS	8 → C47
		NR	9 → C47
C45	¿A que edad le diagnosticaron osteoporosis?	C45a. Edad	<input type="text"/>
		C45b. Año	<input type="text"/>
		NS/NR	9999
C46	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades diarias en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _			
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud					
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
C47	¿Hay alguien en su familia que sufre o sufrió de hipertensión?	Familiar	Si	No	NS/NR
		C47a. Alguno de los padres	1	2	9
		C47b. Algún hermano	1	2	9
		C47c. Algún abuelo	1	2	9
C48	¿Hay alguien en su familia que sufre o sufrió de diabetes?	Familiar	Si	No	NS/NR
		C48a. Alguno de los padres	1	2	9
		C48b. Algún hermano	1	2	9
		C48c. Algún abuelo	1	2	9
CAIDAS					
C49	¿Se ha caído alguna vez en los últimos 2 años? (No incluir caídas debido a ebriedad)	Si	1 → C50		
		No	2 → C51		
		NS	8 → C51		
		NR	9 → C51		
C50	¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses?	Número de veces	_ _		
		NS/NR	99		
C51	¿Se ha fracturado algún hueso después de los 60 años?	Si	1 → C52		
		No	2 → C54		
		NS/NR	9 → C54		
C52	¿Ha tenido alguna operación o cirugía debido a esa fractura, o a su artritis, reumatismo o artrosis?	Si	1 → C53		
		No	2 → C54		
		NS/NR	9 → C54		
C53a	¿Qué hueso o articulación le operaron?	Cadera	1		
		Rodilla	2		
		Muñecas de la mano	3		
		Hombro	4		
		Antebrazo	5		
		Tobillos	6		
		Fémur	7		

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
		Otra	8 C53b. Cuál? _____
		NS/NR	9
VISTA			
C54	¿Usa normalmente anteojos o lentes de contacto?	Si, para ver de lejos	1 →C55
		Si, para ver de cerca	2 →C56
		Si, para ver de lejos y cerca	3 →C55
		No usa	4 →C55
		Es ciego	5 →C62
		NS/NR	9 →C57
C55	Usando esta tarjeta, escoja un número de 1 a 7 para calificar como es su vista para ver de LEJOS (con anteojos) y reconocer a un(a) amigo(a) al otro lado de la calle	Número	_
		NS/NR	9
C56	Usando esta tarjeta, escoja un número de 1 a 7 para calificar como es su vista para ver de CERCA (con anteojos) y leer el periódico o ver fotografías en una revista	Número	_
		NS/NR	9
CATARATAS			
C57	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene cataratas?	Si	1 →C58
		No	2 →C60
		NS	8 →C60
		NR	9 →C60
C58	¿Alguna vez lo han operado de cataratas?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
C59	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades diarias en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9
GLAUCOMA			
C60	¿Alguna vez un médico lo ha tratado por glaucoma?	Si	1 →C61
		No	2 →C62

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
		NS	8 →C62
		NR	9 →C62
C61	¿Este problema le hizo cambiar sus actividades diarias en el hogar o trabajo?	Mucho	1
		Poco	2
		Nada	3
		NS/NR	9
OIDO			
C62	¿Usa algún tipo de aparato auditivo (audífono) para oír mejor?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
C63	Usando esta tarjeta, escoja un número de 1 a 7 para calificar como diría que es su audición en general (con el audífono)	Número	_
		NS/NR	9
C64	Solo entrevistador: Hasta ahora, pudo el entrevistado oír bien lo que usted decía?	Sí, inmediatamente	1
		Sí, después de repetir	2
		Sí con dificultad	3
		No	4
		Entrevistado ausente	5
DENTADURA			
C65	¿Le faltan algunos dientes o muelas naturales?	Si, unos pocos (hasta 4)	1 →C66
		Si, bastante (mas de 4 y menos de la mitad)	2 →C66
		Si, la mayoría (la mitad o mas)	3 →C66
		No	4 →C67
		NS/NR	9 →C67
C66	¿Tiene puentes, dientes o dentadura postiza?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
C67	¿En los últimos 12 meses, con que frecuencia ha tenido que comer menos o cambiar de comida por problemas con sus dientes, muelas, puentes o dentadura postiza?	Siempre	1
		Frecuentemente	2
		Algunas veces	3
		Rara vez	4

SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _			
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud					
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
		Nunca	5		
		NS/NR	9		
	FILTRO	Mujer	2→C68		
	Si sexo del entrevistado es	Hombre	1→C78		
SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER					
C68	¿A que edad tuvo su primera menstruación?	C68a. Edad	_ _		
		C68b. Año	_ _ _ _		
		NS/NR	9999		
C69	¿A qué edad tuvo su última menstruación?	C69a. Edad	_ _		
		C69b. Año	_ _ _ _		
		NS/NR	9999		
C70	¿Cuántos embarazos tuvo en total en su vida?	Número embarazos	_ _ →C72 si responde 0.		
		NS/NR	99		
C71	¿A que edad tuvo su primer embarazo?	C71a. Edad	_ _		
		C71b. Año	_ _ _ _		
		NS/NR	9999		
C72	¿Durante algún embarazo le dijeron que tenía diabetes (niveles altos de azúcar en la sangre)?	Si	1		
		No	2		
		NS	8		
		NR	9		
C73	¿Cuántos abortos tuvo en su vida?	Número	_ _		
		NS/NR	99		
C74	¿Ha utilizado alguna vez anticonceptivos o ha sido esterilizada?	Si	1→C73		
		No	2→C74		
		NS/NR	9→C74		
	¿Qué tipo de anticonceptivos ha usado? (múltiple)	Método	Si	No	NS/NR
C75		C75a. Píldoras o pastillas	1	2	9

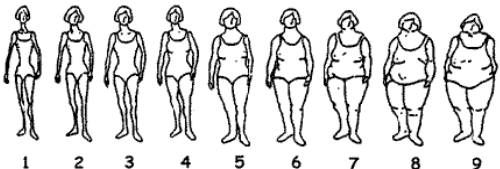
SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _			
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud					
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
		C75b. Inyecciones	1	2	9
		C75c. Esterilización	1	2	9
		C75d. Otros	1	2	9
C76	¿Ha tenido una operación llamada histerectomía (cirugía para quitar la matriz/útero y/o ovarios)?	Sí, matriz y ovarios	1		
		Sí, sólo matriz	2		
		Sí, no sabe que partes	3		
		No	4		
		NS/NR	9		
C77	¿Ha usado alguna vez hormonas de mujer (estrógeno) para la menopausia en forma de pastillas, parches o crema, por tres años o más?	Si	1 → C81		
		No	2 → C81		
		NS/NR	9 → C81		
PRÓSTATA					
C78	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene la próstata agrandada?	Si	1 → C79		
		No	2 → C80		
		NS/NR	9 → C80		
C79	¿Está recibiendo algún tratamiento para la próstata?	Si	1		
		No	2		
		No tiene próstata	3		
		NS/NR	9		
C80	¿Tiene usted un chorro de orina débil y pequeño? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Si	1		
		No	2		
		NS/NR	9		
SALUD MENTAL					
C81	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene un problema nervioso o psiquiátrico, como depresión?	Si	1 → C82		
		No	2 → C84		
		NS/NR	9 → C84		
C82	¿A que edad le diagnosticaron su problema nervioso?	C82a. Edad		_ _ _	
		C82b. Año		_ _ _ _	
		NS/NR	9999		

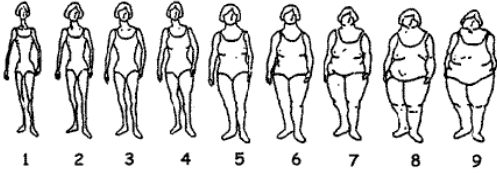
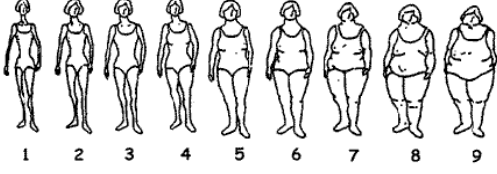
SECCION C: ESTADO DE SALUD		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
C83	¿Este problema interfiere con sus actividades cotidianas en el hogar o trabajo?	Mucho	1	
		Poco	2	
		Nada	3	
		NS/NR	9	
SÍNTOMAS				
¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguno de los siguientes problemas o molestias casi a diario?				
		Si	No	NS/NR
C84	Hinchazón en los pies o tobillos	1	2	9
C85	Mareos o desmayos	1	2	9
C86	Sed intensa	1	2	9
C87	Fatiga severa o agotamiento serio	1	2	9
C88	Jadeo	1	2	9
C89	Tos	1	2	9
C90	Producción de flema	1	2	9
C91	Dolor en extremidades inferiores al (o después de) caminar	1	2	9
C92	Dolor en la parte superior del estómago	1	2	9
C93	Perdida involuntaria de orina	1	2	9
C94	Perdida involuntaria de excremento	1	2	9
C95	Orina con mucha frecuencia	1	2	9
C96	Orina tres veces o más durante la noche	1	2	9
C97	Ardor o quemazón al orinar	1	2	9
C98	Sangrado al orinar	1	2	9
C99	Sangrado al defecar	1	2	9
C100	Problemas de insomnio	1	2	9
C101	Nauseas	1	2	9
C102	Vómitos frecuentemente	1	2	9
C103	Dificultad para respirar cuando duerme	1	2	9
SINTOMAS DE DEPRESIÓN				
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su estado de ánimo en la última semana.				
No aplican (C104-C127) si necesita proxy (ver am3=2)				
		Si	No	NS/NR
C104	¿Ha estado satisfecho con su vida?	1	2	9
C105	¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas	1	2	9

SECCION C: ESTADO DE SALUD			Hora al iniciar: _ _ : _ _			
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud						
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS				
	que le interesan hacer?					
C106	¿Sintió que su vida está vacía?	1	2	9		
C107	¿Se sintió aburrido con mucha frecuencia?	1	2	9		
C108	¿Estuvo de buen animo la mayor parte del tiempo?	1	2	9		
C109	¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le pasara?	1	2	9		
C110	¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1	2	9		
C111	¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	1	2	9		
C112	¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1	2	9		
C113	¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su misma edad?	1	2	9		
C114	¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1	2	9		
C115	¿Se sintió inútil o que no vale nada en su situación actual?	1	2	9		
C116	¿Se sintió lleno de energía?	1	2	9		
C117	¿Se encontró sin esperanza ante su situación actual?	1	2	9		
C118	¿Creyó que las personas están en una situación mejor que usted?	1	2	9		
A continuación le voy a leer algunas frases. Para cada una de las expresiones, por favor dígame si Ud.: está de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, o en desacuerdo.						
		De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	NS/NR
C119	No tiene caso planear mucho para el futuro	1	2	4	3	9
C120	Las cosas muy buenas que le suceden a uno son por buena suerte	1	2	4	3	9
C121	Uno es responsable de sus propios éxitos	1	2	4	3	9
C122	Uno puede hacer casi cualquier cosa que se proponga	1	2	4	3	9
C123	La mayoría de los problemas se deben a la mala suerte	1	2	4	3	9
C124	Uno tiene poco control sobre las cosas malas que le suceden	1	2	4	3	9
C125	Las desgracias que le ocurren a uno son resultado de sus errores	1	2	4	3	9
C126	Uno es responsable de sus propias fallas	1	2	4	3	9

SECCION C: ESTADO DE SALUD					Hora al iniciar: _ _ : _ _					
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud										
NO.	PREGUNTAS				CATEGORIAS Y CODIGOS					
C127	En general ¿Cómo se siente con su vida?				Muy satisfecho	1				
					Algo satisfecho	2				
					Algo insatisfecho	3				
					Muy insatisfecho	4				
					NS	8				
					NR	9				
CUIDADOS PREVENTIVOS										
C128	¿Durante los últimos doce meses ha recibido vacuna contra la gripe o influenza?				Si	1				
					No	2				
					NS/NR	9				
¿Cuando fue la última vez que se realizó alguna de las siguientes pruebas?										
		Tuvo tuberculosis	< 1 año	1 a menos de 3 años	3 a menos de 5 años	5 años o más	Nunca	NS	NR	
C129	Prueba de Esputo para la tuberculosis?	0	1	2	3	4	5	8	9	
C130	Examen de audición?		1	2	3	4	5	8	9	
C131	Examen de la vista?		1	2	3	4	5	8	9	
C132	Le han vacunado contra el tétano?		1	2	3	4	5	8	9	
C133	Medición de la densidad de huesos? No incluir radiografía ni ultrasonido de talón.		1	2	3	4	5	8	9	
	FILTRO Si sexo del entrevistado es				Mujer	2→ C134				
					Hombre	1→ C136				
C134	Mamografía o radiografía de los senos?		1	2	3	4	5	8	9	
C135	¿Se hizo la prueba de cáncer de cuello uterino o cérvix (papanicolau)? Pase a la C138		1	2	3	4	5	8	9	
C136	¿Se ha hecho la prueba, en sangre, para la próstata?		1	2	3	4	5	8	9	
C137	¿Se ha hecho la prueba rectal, para la próstata?		1	2	3	4	5	8	9	
C138	TOMA DE PRESION Ahora si usted me lo permite le voy a tomar la presión arterial en su brazo		Primera medición		_ _ _ / _ _ _					
			No se pudo tomar		C138a / C138b 999 / 999					
Hora al terminar: _ _ : _ _										

SECCION EV: ESTILOS DE VIDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
BEBIDAS ALCOHOLICAS			
EV1	¿Alguna vez en su vida ha tomado regularmente bebidas alcohólicas?	Toma ocasionalmente Toma diariamente Toma solo en ocasiones especiales No toma actualmente pero tomó Nunca ha tomado NS/NR	1 → EV3 2 → EV3 3 → EV3 4 → EV2 5 → EV8 9 → EV8
EV2	Hace cuánto dejo de tomar bebidas alcohólicas?	Ev2a. Meses Ev2b. Años NS/NR	_ _ _ _ 99
EV3	En la época que más bebía, cuántos tragos o cervezas toma regularmente?	Tragos NS/NR	_ _ 99
EV4	(Cuando tomaba) ¿Le ha molestado que alguna persona le haya criticado su consumo de bebidas alcohólicas? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Si No NS/NR	1 2 9
EV5	(Cuando tomaba) ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por consumir bebidas alcohólicas? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Si No NS/NR	1 2 9
EV6	(Cuando tomaba) ¿Ha tomado alguna vez una bebida alcohólica al levantarse por la mañana para calmar sus nervios o cuando estaba de goma? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Si No NS/NR	1 2 9
EV7	Que edad tenía usted cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas?	Ev7a. Edad Ev7b. Año NS/NR	_ _ _ _ _ 9999
TABACO			
EV8	¿Ha fumado más de 100 cigarros o puros durante su vida?	Si No NS/NR	1 → EV9 2 → EV14 9 → EV14
EV9	¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar?	Ev9a. Edad Ev9b. Año NS/NR	_ _ _ _ _ 9999
EV10	¿Fuma usted actualmente?	Si	1 → EV11

SECCION EV: ESTILOS DE VIDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
		No	2 → EV12
		NS/NR	9 → EV12
EV11	¿Cuántos cigarros, puros o pipas fuma regularmente por día? (paquete tiene 20 cigarrillos)	Ev11a. Cigarros	_ _ → EV13
		Ev11b. Puros	_ _ → EV13
		Ev11c. Pipas	_ _ → EV13
		NS/NR	99 → EV13
EV12	Si ya no fuma ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar?	Ev12a. Edad	_ _
		Ev12b. Año	_ _ _
		NS/NR	9999
EV13	En la época que más fumaba ¿Como cuántos cigarros fumaba en un día?	Ev13a. Numero cigarros por día	_ _
		Ev13b. Paquetes por día	_ _
		98 y más cigarros por día	98
		NS/NR	99
ACTIVIDAD FISICA			
EV14	En los últimos 12 meses, ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
PESO Y ALTURA			
EV15	¿Cuál es su peso actual?	Ev15a. Peso	_ _ _ kgs
		Ev15b. Peso	_ _ _ lbs
		NS/NR	999
EV16	De acuerdo a estas imágenes, como cree que luce usted actualmente? MUESTRE TARJETA "A" 	Número	_
		NS/NR	0
EV17	¿Cuál es su estatura actual?	Altura	_ _ _ cm
		NS/NR	999
EV18	¿Cuál era su peso a la edad de 25 años? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Ev18a. Peso	_ _ _ kgs
		Ev18b. Peso	_ _ _ lbs
		NS/NR	999
EV19	De acuerdo a estas imágenes, como cree que lucía usted en esa época? MUESTRE TARJETA "A" No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Número	_
		NS/NR	0

SECCION EV: ESTILOS DE VIDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
	 <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>				
EV20	¿Cuánto fue o ha sido su peso máximo durante su vida (si es mujer no incluya embarazos)? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Ev20a. Peso	_ _ _	kgs	
		Ev20b. Peso	_ _ _	lbs	
		NS/NR	999		
EV21	De acuerdo a estas imágenes, como cree que lucía usted en esa época? MUESTRE TARJETA "A"  <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Número	_		
		NS/NR	0		
EV22	¿Que edad tenía cuando alcanzó ese peso máximo? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Edad	_ _		
		NS/NR	99		
EV23	¿En los últimos 6 meses, ha perdido más de 5 kilogramos de peso sin proponérselo?. No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Si	1		
		No	2		
		NS/NR	9		
ACCIDENTES					
EV24	¿En los últimos 10 años, ha sufrido heridas por algún accidente automovilístico y/o atropellos?	Si	1		
		No	2		
		NS/NR	9		
DIETA					
En los últimos 10 años, queremos saber si usted ha cambiado el consumo de algunos alimentos. Para cada uno indíquenos si lo consume igual, lo consume menos o más.					
		Igual	Más	Menos	NS/NR
EV25	Dulces	1	2	3	9
EV26	Azúcar	1	2	3	9
EV27	Lácteos (Leche, natilla, queso)	1	2	3	9
EV28	Carne roja (res, cerdo, tortas)	1	2	3	9
EV29	Papas, plátanos o yuca tostada	1	2	3	9
EV30	Frituras (papas a la francesa u otros)	1	2	3	9

SECCION EV: ESTILOS DE VIDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
EV31	Cambió manteca por aceite	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
		Hora al terminar: _ _ : _ _	

SECCION IN: CONDICIONES EN LA INFANCIA No aplica si necesita proxy (ver am3=2)		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora me gustaría preguntarle acerca de su infancia				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
IN1	¿Durante los primero 15 años de su vida, tenía su familia problemas o privaciones económicas que le impidieron comer regularmente, vestirse adecuadamente o recibir atención médica necesaria?	Si	1	
		No	2	
		NS/NR	9	
IN2	¿Cómo era su salud en la mayor parte de su niñez y adolescencia?	Excelente	1	
		Muy buena	2	
		Buena	3	
		Mala	4	
		NS/NR	9	
		SI	NO	NS/NR
IN3	¿Padeció de TUBERCULOSIS cuando era niño o adolescente?	1	2	9
IN4	¿Padeció de FIEBRE REUMATICA cuando era niño o adolescente?	1	2	9
IN5	¿Padeció de POLIOMELITIS cuando era niño o adolescente?	1	2	9
IN6	¿Padeció de MALARIA O PALUDISMO cuando era niño o adolescente?	1	2	9
IN7	¿Padeció de ASMA O BRONQUITIS CRÓNICA cuando era niño o adolescente?	1	2	9
IN8	¿Durante los primeros 15 años de su vida, tenía su vivienda servicio sanitario o letrina?	1	2	9
IN9	¿Durante los primeros 15 años de su vida, usaba zapatos regularmente?	1	2	9
IN10	¿Durante los primeros 15 años de su vida, tenía su vivienda luz eléctrica?	1	2	9
IN11	¿Durante los primeros 15 años de su vida, donde dormía usted?	En el suelo	1	
		En una cama solo	2	
		En una cama compartida	3	
		Otro	4	
		NS/NR	9	
IN12	¿Durante los primeros 15 años de su vida, vivió con su padre biológico?	Si	1	
		No	2	
		NS/NR	9	
Hora al terminar: _ _ : _ _				

SECCION D: ESTADO FUNCIONAL (AVD / AIVD)		Hora al iniciar: _ _ : _ _				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS				
D1	¿Puede usted caminar?	Si	1 → D2			
		No	2 → D4			
		Si	No	No puede	No lo hace	NS/NR
D2	¿Tiene dificultad para caminar varias cuadras?	1	2	3	4	9
D3	¿Tiene dificultad para subir por las escaleras varios pisos sin descansar?	1	2	3	4	9
D4	¿Tiene dificultad para empujar o jalar un objeto grande como un sillón?	1	2	3	4	9
D5	Por favor levante y estire su (s) brazo (s) por encima de su (s) hombro (s)	Los levantó totalmente				1
		Los levantó parcialmente				2
		No puede levantarlos				3
		No acepto realizar la prueba				4
CAMINAR						
D6	¿Tiene dificultad para cruzar de un lado a otro de un cuarto caminando?	Si	1 → D7			
		No	2 → D8			
		NS/NR	9 → D8			
D7	¿Usa algún aparato o instrumento tal como bastón, silla de ruedas, andadera, muletas, etc. de apoyo para cruzar un cuarto?	Si	1			
		No	2			
		NS/NR	9			
BAÑARSE						
		Si	No	NS/NR		
D8	¿Tiene dificultad para bañarse, incluyendo entrar y salir de la bañera?	1 → D9		2 → D11		9 → D11
D9	¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento (barandilla o taburete) para bañarse?	1	2	9		
D10	¿Alguien le ayuda a bañarse?	1	2	9		
COMER						
D11	¿Tiene alguna dificultad para comer, incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.?	1 → D12		2 → D13		9 → D13
D12	¿Alguien le ayuda a comer?	1	2	9		
IR A LA CAMA						
D13	¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama?	1 → D14		2 → D16		9 → D16

SECCION D: ESTADO FUNCIONAL (AVD / AIVD)		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
D14	¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o pararse de la cama?	1	2	9
D15	¿Alguien le ayuda a acostarse o pararse de la cama?	1	2	9
USO INODORO				
D16	¿Tiene dificultad para usar el servicio sanitario, incluyendo sentarse y levantarse del escusado o inodoro?	1 → D17	2 → D19	9 → D19
D17	¿Ha usado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio sanitario?	1	2	9
D18	¿Alguien le ayuda a usar el servicio sanitario?	1	2	9
CORTARSE LAS UNAS DE LOS PIES				
D19	¿Tiene dificultad para cortarse las uñas de los pies?	1 → D20	2 → D21	9 → D21
D20	¿Alguien le ayuda a cortarse las uñas de los pies?	1	2	9
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DEL VIVIR DIARIO (AIVD)				
PREPARAR COMIDA				
D21	¿Tiene dificultad para preparar una comida caliente?	Si No NS/NR	1 → D22 2 → D23 9 → D23	
D22	¿Alguien le ayuda a preparar una comida caliente?	Si No NS/NR	1 2 9	
MANEJAR DINERO				
D23	¿Tiene dificultad para manejar su propio dinero?	Si No NS/NR	1 → D24 2 → D25 9 → D25	
D24	¿Alguien le ayuda a manejar su propio dinero?	Si No NS/NR	1 2 9	
COMPRAR				
D25	¿Tiene dificultad para hacer compras (por ejemplo, alimentos o ropa)?	Si No NS/NR	1 → D26 2 → D27 9 → D27	

SECCION D: ESTADO FUNCIONAL (AVD / AIVD)		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
D26	¿Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
MEDICAMENTOS			
D27	¿Tiene dificultad para tomar sus medicinas?	Si	1 → D28
		No	2 → D29
		NS/NR	9 → D29
D28	¿Alguien le ayuda a tomar sus medicinas?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9
D29a	¿Recibe el entrevistado ayuda con al menos una de las actividades mencionadas anteriormente?	Si	1 → D29b
		D29b. ¿Cuántas personas ayudan? _ _	
		No	2 → anote hora al terminar y pase a Sección E
(Verificar contesto "si" en:, (D10, D12, D15, D18, D20, D22, D24, D26, D28)			
D30c	¿Quién le ayuda principalmente?	Alguien del hogar que no sea su cónyuge	1 d30a. Quién? _____
		Hijos fuera del hogar	2 d30b. Quién? _____
		Otras personas	3
		Cónyuge	4
		NS/NR	9 → D41
D31	Durante el mes pasado, ¿cómo cuantos días le ayudó _____?	Número de días	_ _
		Todos los días	30
		NS/NR	99
D32	¿Hay otra persona que lo ayuda?	Si	1 → D33
		No	2 → anote hora term y pase Sec E
		NS/NR	9 → anote hora term y pase Sec E
D33	¿Durante el mes pasado, como cuantos días le ayudó?	Numero de días	_ _
		Todos los días	30
		NS/NR	99
		Hora al terminar: _ _ : _ _	

SECCION E: MEDICINAS			HORA INICIO: _ _ : _ _	
Ahora me gustaría preguntarle sobre las medicinas, los remedios y otras cosas que usted está usando o tomando actualmente.			HORA FIN: _ _ : _ _	
AM30. ¿Esta tomando o usando actualmente algún(os) medicamento(s) y/o remedio(s)?		Si No NS/NR	1 → AM31 2 → AM33 9 → AM33	
AM31 ¿Podría mostrarme los medicamentos (medicinas) y/o remedios que está tomando bajo receta médica? Anote el número de medicamentos		Número de medicamentos _ _		
E1 Nombre de cada medicamento	E2 ¿Dónde obtuvo el medicamento la última vez? 1. CCSS 2. Farmacia 3. Otro 9. NS/NR	E3 ¿En el último mes dejó de tomar o tomó menos de alguno de estos medicamentos? 1. Si→E4 2. No→AM32 9. NS/NR→AM32	E4A ¿Por qué razón dejó de tomarlos? 1. Por el precio elevado 2. Porque no estaba disponible 3. No pude ir a comprarlo 4. No le gusta tomar medicinas 5. Le cae mal 6. Otra E4B _____ 9. NS/NR	
MEDICAMENTO	OBTUVO	TOMA MEDICAMENTOS	RAZON	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
	—	—	—	
AM32. (Entrevistador si ya lo anotó arriba anote si en esta pregunta) ¿Toma usted alguna aspirina diariamente?		1 Si 2 No 9 NS/NR		
AM33 ¿Actualmente toma remedios naturales (hierbas) o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?		1 Si 2 No 9 NS/NR		
AM34 ¿Cuánto se gastó en total en estos medicamentos y remedios en el ultimo mes?		0. Nada →sección F Gasto _ _ _ mil. →sección F 999. NS/NR→ AM35		
Entonces diría que sus gastos en medicamentos y/o remedios son:		AM35 Mas de 70 mil colones 1. Si→ AM37 2. No→ AM36 9. NS/NR→ Sección F	AM36 Mas de 30 mil colones 1. Si→ Sección F 2. No→ Sección F 9. NS/NR→ Sección F	AM37 Mas de 140 mil colones 1. Si 2. No 9. NS/NR

SECCION F: USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre la utilización que usted ha hecho de los servicios de salud, por ejemplo, clínicas, EBAIS y hospitales				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
F1	¿En los últimos 12 meses, alguien del EBAIS lo ha visitado?	Si	1	
		No	2	
		NS/NR	9	
HOSPITALIZACION				
F2	Entrevistador sondee: ¿Estuvo hospitalizado? y pregunte. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado en los últimos 12 meses?	Ninguna	0 → F10	
		Número de noches	_ _ _ → F3	
		NS/NR	999 → F10	
F3	¿Dónde estuvo internado la última vez?	Hospital (CCSS)	1	
		Hospital privado	2	
		Clínica (CCSS)	3	
		Clínica privada	4	
		Otro	9	
		NS/NR	99	
F4	¿Cuál fue la razón por la que se hospitalizó?	Cirugía programada	1	
		Pruebas o exámenes	2 → F6	
		Emergencia	3 → F6	
		Otros	4 → F6	
		NS/NR	9 → F6	
F5	¿Cuántos meses tuvo que esperar para la cirugía?	Meses	_ _	
		NS/NR	99	
F6	¿En el últimos 12 meses, cuánto se pagó por estas hospitalizaciones?	Nada	0 → F10	
		Gasto total	_ _ _ _ miles → F10	
		NS/NR	9999 → F7	
	Entonces diría que sus gastos en hospitalizaciones son:	F7. ¿Mas de 200 mil colones?	F8. ¿Mas de 100 mil colones?	F9. ¿Mas de 800 mil colones?
		Si 1 → F9	Si 1 → F10	Si 1
		No 2 → F8	No 2 → F10	No 2
		NS/NR 9 → F10	NS/NR 9 → F10	NS/NR 9
CONSULTAS				
F10	¿Cuántas consultas realizo en los últimos 3 meses?	Ninguna	0 → F15	
		Número	_ _ → F11	
		NS/NR	99 → F15	

SECCION F: USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre la utilización que usted ha hecho de los servicios de salud, por ejemplo, clínicas, EBAIS y hospitales				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
F11	¿Cuánto se pagó en total por las consultas de los últimos 3 meses?	Nada	0 → F15	
		Gasto total	_ _ _ _ miles → F15	
		NS/NR	999 → F12	
	Entonces diría que sus gastos en consulta son:	F12. ¿Mas de 50 mil colones?	F13. ¿Mas de 10 mil colones?	F14. ¿Mas de 400 mil colones?
		Si 1→F14	Si 1→ F15	Si 1
		No 2→F13	No 2→F15	No 2
		NS/NR 9→ F15	NS/NR 9→F15	NS/NR 9
F15	¿Hace cuanto fue la consulta más reciente?	Menos de un mes	1	
		De 1 a 3 meses	2	
		De 4 a 6 meses	3	
		De 7 a 11 meses	4	
		De 1 año a menos de 2	5	
		De 2 a 4 años	6	
		Hace 5 o más años	7	
		NS/NR	9	
F16	¿Quién lo atendió la última vez?	Médico	1	
		Enfermera	2	
		Farmacéutico	3	
		Otro profesional	4	
		Otro empírico	5	
		NS/NR	9	
F17	¿Dónde recibió esta atención o consulta la última vez?	Hospital (CCSS)	1	
		Hospital privado	2	
		Clínica (CCSS)	3	
		Clínica privada	4	
		EBAIS	5	
		Consultorio privado	6	
		En casa del entrevistado	7→ F20	
		En el trabajo	8	
		Otro	9	
		NS/NR	99	
F18	¿Cuánto tiempo tarda en ir de su casa a la consulta?	F18a. Horas	_ _	
		F18b. Minutos	_ _	
		NS/NR	99	

SECCION F: USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora quiero hacerle algunas preguntas sobre la utilización que usted ha hecho de los servicios de salud, por ejemplo, clínicas, EBAIS y hospitales				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
F19	Después de llegar al lugar de consulta ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que lo atendieran?	F19a. Horas _ _		
		F19b. Minutos _ _		
		NS/NR	99	
PRUEBAS DE LABORATORIO				
F20	¿Durante sus consultas en los últimos 3 meses, le pidieron que se hiciera alguna radiografía, exámenes de laboratorio o diagnósticos?	Si No NS/NR	1 → F21 2 → F25 9 → F25	
F21	¿Cuánto se pagó en total por estos exámenes, diagnósticos o pruebas de laboratorio en el último mes?	Nada Gasto total NS/NR	0 → F25 _ _ _ _ miles → F25 999 → F22	
	¿Entonces diría que sus gastos en pruebas de laboratorio son:	F22 ¿Mas de 30 mil colones? Si 1 → F24 No 2 → F23 NS/NR 9 → F25	F23 ¿Mas de 10 mil colones? Si 1 → F25 No 2 → F25 NS/NR 9 → F25	F24 ¿Mas de 50 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
F25	¿Qué otros gastos en salud no mencionados tuvo el último mes?	Nada Sección G Gasto total NS/NR	0 → anote hora al terminar y pase a Sección G _ _ _ _ miles → anote hora al terminar y pase a Sección G 999 → F26	
	¿Entonces diría que sus gastos en salud no mencionados anteriormente son:	F26 ¿Mas de 30 mil colones? Si 1 → F28 No 2 → F27 NS/NR 9 → hora al term y pase a Secc G	F27 ¿Mas de 10 mil colones? Si 1 → hora al term y pase a Secc. G No 2 → hora al term y pase a Secc. G NS/NR 9 → hora al term y pase a Secc. G	F28 ¿Mas de 50 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
		Hora al terminar: _ _ : _ _		

SECCION G: RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL		Hora al iniciar: _ _ _ : _ _ _		
Las familias y amistades se apoyan unas a otras de diferentes maneras, como parte de esta investigación se requiere saber como lo hacen, por lo que ahora le voy a preguntar por el apoyo que usted recibe o proporciona.				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
G1	¿Durante los últimos 12 meses, recibió ayuda en dinero?	Si No NS/NR	1→G2 2→G7 9→G7	
G2	¿Cuánto dinero recibió en los últimos 12 meses?	Dinero 10 millones o más NS/NR	_ _ _ _ miles → G6 9998→ G6 9999 → G3	
	¿Entonces diría que el dinero que recibió es:	G3 ¿Mas de 30 mil colones? Si 1→G5 No 2→ G4 NS/NR 9→ G6	G4 ¿Mas de 10 mil colones? Si 1→ G6 No 2→ G6 NS/NR 9→G6	G5 ¿Mas de 50 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
G6a	¿Quien le ayuda principalmente?	Alguien del hogar 1 G6b. Quién? _____ Hijos fuera del hogar 2 G6c. Quién? _____ Otros 3 NS/NR 9		
G7	Durante los últimos 12 meses, proporcionó ayuda en dinero No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Si No NS/NR	1→G8 2→G13 9→G13	
G8	¿Cuánto dinero proporcionó en los últimos 12 meses? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Dinero 10 millones o más NS/NR	_ _ _ _ miles → G12 9998→ G12 9999 → G9	
	¿Entonces diría que el dinero que proporcionó es:: No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	G9 ¿Mas de 30 mil colones? Si 1→G11 No 2→G10 NS/NR 9→ G12	G10 ¿Mas de 10 mil colones? Si 1→ G12 No 2→ G12 NS/NR 9→G12	G11 ¿Mas de 50 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
G12a	¿A quien le ayuda usted principalmente? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Alguien del hogar 1 G12b. Quién? _____ Hijos fuera del hogar 2 G12c. Quién? _____ Otros 3 NS/NR 9		

SECCION G: RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL		Hora al iniciar: _ _ : _ _			
Las familias y amistades se apoyan unas a otras de diferentes maneras, como parte de esta investigación se requiere saber como lo hacen, por lo que ahora le voy a preguntar por el apoyo que usted recibe o proporciona.					
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS			
			Si	No	NS/NR
	¿De cuales de las siguientes instituciones recibe ayuda o servicios?	G13. Centros diurnos	1	2	9
		G14. Clubes de adultos mayores	1	2	9
		G15. Grupos religiosos	1	2	9
		G16. Programa Ciudadano de Oro	1	2	9
		G17. AGECO	1	2	9
		G18. Otra Institución	1	2	9
		¿En promedio en los últimos 12 meses, cuantas horas a la semana ha dedicado a las siguientes actividades? NS/NR 99 No aplican si necesita proxy (ver am3=2)	G19. Proporciona ayuda a adultos mayores	_ _ Si es 0 no preguntar G27	
	G20. Iglesia		_ _		
	G21. Cuidado de niños		_ _		
	G22. Actividades cívicas		_ _		
	G23. Ver TV		_ _		
	G24. Deportes (caminar)		_ _		
	G25. Tareas cotidianas		_ _		
	G26. Actividades recreativas (manualidades, artesanías, etc)		_ _		
G27	¿A quién ayuda principalmente? No aplica si necesita proxy (ver am3=2)	Padres	1		
		Suegros	2		
		Hermanos	3		
		Cuñados	4		
		Otros familiares	5		
		Otros no familiares	6		
		Hora al terminar: _ _ : _ _			

SECCION H: EMPLEO E INGRESOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora vamos a hablar de empleo			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
H1	¿Alguna vez en su vida ha tenido algún trabajo por el cual recibió un pago en dinero o en especie?	Si	1 →H3
		No	2 →H2
		NS/NR	9 →H2
H2	¿Alguna vez trabajó o ayudó en un establecimiento o predio familiar sin recibir pago alguno?	Si	1 →H3
		No	2 →H19
		NS/NR	9 →H19
H3	¿A qué edad o año comenzó su primer trabajo? NS/NR 99 ó 9999	H3a. Edad	_ _
		H3b. Año	_ _ _
H4	¿Cómo cuanto tiempo en total ha trabajado a lo largo de su vida recibiendo pago en dinero o especie?	Menos de un año	0
		Años	_ _
		Nunca	98
		NS/NR	99
H5	¿Qué hizo la mayor parte de la semana pasada?	Trabajó	1
		Trabajó ayudando en algún negocio familiar	2
		No trabajó pero tenía trabajo	3
		Buscó trabajo	4
		Realizó quehaceres del hogar	5 →H11
		No trabajó	6 →H11
		NS/NR	9

SECCION H: EMPLEO E INGRESOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora vamos a hablar de empleo			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
H6	¿Cuál es el nombre del oficio, profesión o cargo en que se desempeña en su trabajo principal en la actualidad?	Profesional, directivo	1
		Oficinista	2
		Vendedor, comerciante	3
		Agricultor independiente	4
		Peon agrícola	5
		Servicio doméstico	6
		Otros servicios	7
		Obrero especializado	10
		Obrero no especializado	11
		Otro	13
		NS/NR	99
H7a	¿Qué posición tiene en su trabajo?	Patrón o propietario de un negocio (1 a 5 trabajadores)	1
		Patrón o propietario de un negocio (6 o más trabajadores)	2
		Trabajador por cuenta propia	3
		Trabajador asalariado	4
		Trabajador familiar no remunerado	5
		Otro	6 H7b. Cuál? _____
		NS/NR	9
H8	¿Cómo cuantas horas trabaja en una semana normal?	Horas	_ _
		NS/NR	99
H9	¿A qué edad planea pensionarse?	No tiene derecho a pensión	1
		Ya se pensionó	2
		Edad	_ _
		NS/NR	99
H10	¿La ocupación que tiene actualmente es la misma que tenía la mayor parte de su vida?	Si	1 → H17
		No	2 → H11
		NS/NR	9 → H11

SECCION H: EMPLEO E INGRESOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora vamos a hablar de empleo			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
H11	¿Cuál es la ocupación en la que trabajó la mayor parte de su vida?	Profesional, directivo	1
		Oficinista	2
		Vendedor, comerciante	3
		Agricultor independiente	4
		Peon agricola	5
		Servicio doméstico	6
		Otros servicios	7
		Obrero especializado	10
		Obrero no especializado	11
		Otro	13
		NS/NR	99
H12a	¿Qué posición tenía en su trabajo?	Patrón o propietario de un negocio (1 a 5 trabajadores)	1
		Patrón o propietario de un negocio (6 o más trabajadores)	2
		Trabajador por cuenta propia	3
		Trabajador asalariado	4
		Trabajador familiar no remunerado	5
		Otro	6 H12b. Cuál? _____
		NS/NR	9
H13	¿Cómo cuanto tiempo en total se ha dedicado (trabajado) a esta ocupación principal?	Años	_ _
		Toda la vida	98
		NS/NR	99
H14	¿Cuántas horas por semana trabajó la mayor parte de su vida en la ocupación principal?	Horas	_ _
		NS/NR	99
H15	¿A qué edad dejó este trabajo?	Edad	_ _
		NS/NR	99

SECCION H: EMPLEO E INGRESOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _	
Ahora vamos a hablar de empleo			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
H16	¿Por qué dejó este trabajo?	Problemas de salud	1
		Se pensionó	2
		Cambió a un trabajo más liviano	3
		Para mejorar ingresos	4
		Otro	5
		NS/NR	9
H17	¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho que tiene un problema de salud debido a esta ocupación?	Si	1 →H18
		No	2 →H19
		NS/NR	9 →H19
H18a	¿Qué tipo de problema tiene?	Secuela de accidente	1
		Enfermedades articulares	2
		Enfermedades en ojos	3
		Enfermedades en oídos	4
		Enfermedades en sist. Circulatorio	5
		Enfermedades en sist. Respiratorio	6
		Enfermedades en sist. Osteomuscular	7
		Enfermedades en sist. Genitourinario	8
		Otro:	9 H18b. Cuál? _____
		NS/NR	99
H19	¿Cómo diría que es su situación económica actual?	Excelente	1
		Muy buena	2
		Buena	3
		Regular	4
		Mala	5
		NS/NR	9
H20	Durante el último año ¿Cuál ha sido su ingreso total mensual?	Ninguno	0 → FILTRO
		Ingreso	_ _ _ _ miles → FILTRO
		NS/NR	999 →H21

SECCION H: EMPLEO E INGRESOS		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Ahora vamos a hablar de empleo				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
	Entonces diría que su ingreso mensual es:	H21 ¿Mas de 170 mil colones? Si 1→H23 No 2→H22 NS/NR 9→FILTRO	H22 ¿Mas de 80 mil colones? Si 1→FILTRO No 2→FILTRO NS/NR 9→FILTRO	H23 ¿Mas de 250 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
FILTRO	Si entrevistado es (ver A3)	Casado / unido 1→H24 Otro estado conyugal 2→H28		
H24	¿Durante los últimos 12 meses, cuál ha sido el ingreso mensual total de su cónyuge?	Ninguno 0 →H28 Ingreso _ _ _ _ miles→H28 NS/NR 999 →H25		
	Entonces diría que el ingreso mensual de su cónyuge es:	H25. ¿Mas de 170 mil colones? Si 1→H27 No 2→H26 NS/NR 9→H28	H26. ¿Mas de 80 mil colones? Si 1→H28 No 2→H28 NS/NR 9→H28	H27. ¿Mas de 250 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
H28	Ahora, si usted me lo permite le voy a tomar otra vez la presión arterial	Segunda medición _ _ _ _ / _ _ _ _ H28a H28b No se pudo tomar 999 / 999		
Hora al terminar: _ _ : _ _				

SECCION J: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Hablando de esta vivienda...				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
J1	¿Qué tipo de vivienda es esta?	Casa independiente	1	
		En edificio	2	
		Tugurio/precario	3	
		Otro	4	
		Colectiva (vive en asilo)	5 →FIN	
		NS/NR	9	
J2	¿Esta vivienda es....?	Propia y totalmente pagada	1 →J3	
		Propia y pagando a plazos	2 →J3	
		Alquilada	3 →J11	
		Precario	4 →J15	
		Prestada	5 →J15	
		Otra	6 →J15	
		NS/NR	9 →J15	
J3	¿Cómo cuanto cree que sea el valor de su casa?	Valor	_ _ _ mill. colones →J7	
		Nada	0 →J7	
		NS/NR	999→J4	
	Entonces diría que el valor de su casa sin contar la finca es:	J4. ¿Mas de 10 millones de colones?	J5. ¿Mas de 5 millones de colones?	J6. ¿Mas de 20 millones de colones?
		Si 1→J6	Si 1→J7	Si 1
		No 2→J5	No 2→J7	No 2
		NS/NR 9→J7	NS/NR 9→J7	NS/NR 9
J7	Si usted estuviera alquilando su casa ¿Cuanto sería el monto que esperaría recibir de alquiler?	Valor	_ _ _ miles colones →J15	
		Nada	0 →J15	
		NS/NR	999→J8	
	Entonces diría que el alquiler de esta casa sería:	J8. ¿Mas de 60 mil colones?	J9. ¿Mas de 40 mil colones?	J10. ¿Mas de 100 mil colones?
		Si 1→J10	Si 1→J15	Si 1→J15
		No 2→J9	No 2→J15	No 2→J15
		NS/NR 9→J15	NS/NR 9→J15	NS/NR 9→J15
J11	¿Cuánto paga de alquiler por esta vivienda?	Valor	_ _ _ miles colones →J15	
		NS/NR	999 →J2	

SECCION J: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _		
Hablando de esta vivienda...				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
	Entonces cuanto diría que paga de alquiler por esta casa:	J12. ¿Mas de 60 mil colones? Si 1→J14 No 2→J13 NS/NR 9→J15	J13. ¿Mas de 40 mil colones? Si 1→J15 No 2→J15 NS/NR 9→J15	J14. ¿Mas de 100 mil colones? Si 1 No 2 NS/NR 9
J15	¿Cuál es el tipo de material predominante en el piso de la vivienda?	Terrazo, mosaico, cerámica 1 Cemento (lujado o no) 2 Madera 3 Otro 4 NS/NR 9		
J16	¿Cuántos cuartos sólo para dormir tiene esta vivienda?	Número de cuartos _ _ NS/NR 99		
J17	¿Duerme usted solo en su habitación?	Si 1 No 2 NS/NR 9		
J18	¿Tiene esta vivienda un aposento solo para cocinar?	Si 1 No 2 NS/NR 9		
J19	¿Cual es el principal combustible usado para cocinar?	Electricidad 1 Leña o carbón 2 Gas 3 Otro 4 Ninguno (no cocina) 5 NS/NR 9		
	Cuenta esta vivienda con:	Si	No	NS/NR
J20	Refrigerador o nevera	1	2	9
J21	Teléfono fijo	1	2	9
J22	Teléfono celular	1	2	9
J23	Lavadora de ropa	1	2	9
J24	Microondas	1	2	9
J25	Computadora	1	2	9
J26	Agua potable dentro de la casa	1	2	9
J27	Servicio sanitario dentro de la casa	1	2	9

SECCION J: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		Hora al iniciar: _ _ : _ _					
Hablando de esta vivienda...							
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS					
		No	Uno	Dos	Tres o más	NS/NR	
J28	Televisor	0	1	2	3	9	
J29	Vehículo	0	1	2	3	9	
	Entrevistador valore el estado de:	Malo	Regular	Bueno	No es posible valorar		
	J30. Paredes exteriores	1	2	3	9		
	J31. Techo	1	2	3	9		
	J32. Piso	1	2	3	9		
Solo para quienes utilizan proxy							
J33	¿Quién fue el proxy?	Nombre: _____					
J34	¿Cuál es la relación de parentesco del proxy con el entrevistado?	Cónyuge	1	Hijo	2	Nieto	3
		Hermano	4	Otro familiar	5	Otro no familiar	6
		Emp. Doméstica	7				
Hora al terminar: _ _ : _ _							