



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

VF-1

ENCUESTA DE VIAJEROS FRONTERIZOS  
VF-1 CUESTIONARIO DE VIAJEROS FRONTERIZOS (AUTOMÓVILES-PEATONES)  
CUESTIONARIO PARA VIAJEROS RESIDENTES EN EL EXTERIOR QUE VISITARON LA ZONA FRONTERIZA DE MÉXICO

CE R S E

FOLIO:

[ ]

FECHA: \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_ PUERTA: \_\_\_\_\_ MEDIO: \_\_\_\_\_ ENTREVISTAS: \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO (Núm. según programa) (Núm. según programa) (1. Peatón, 2. Automóviles) (No. de entrevistas en esta hoja)

Entrevista	1. ¿Dónde vive? <i>Where do you live?</i>	2. ¿Qué lugar visitó? <i>What place did you visit?</i>	3. ¿Cuántas personas integran su grupo? <i>How many people are in your group?</i>	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje? <i>What was the main purpose of your trip?</i>	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de México? <i>How long were you along the Mexican border zone?</i>	6. ¿Pasó la noche en México? ¿En dónde? <i>Did you stay the night in Mexico? If so, where?</i>	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de México? <i>How often do you visit the Mexican border zone?</i>	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en México? <i>How much did you and your group spend in Mexico?</i>
1	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
2	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
3	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
4	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:

Nota: Instrumento de captación del Banco de México.

INEGI. ENCUESTA DE VIAJEROS FRONTERIZOS. VF-1 CUESTIONARIO DE VIAJEROS FRONTERIZOS (AUTOMÓVILES-PEATONES). CUESTIONARIO PARA VIAJEROS RESIDENTES EN EL EXTERIOR QUE VISITARON LA ZONA FRONTERIZA DE MÉXICO. 2018.

Entrevista	1. ¿Dónde vive? <i>Where do you live?</i>	2. ¿Qué lugar visitó? <i>What place did you visit?</i>	3. ¿Cuántas personas integran su grupo? <i>How many people are in your group?</i>	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje? <i>What was the main purpose of your trip?</i>	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de México? <i>How long were you along the Mexican border zone?</i>	6. ¿Pasó la noche en México? ¿En dónde? <i>Did you stay the night in Mexico? If so, where?</i>	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de México? <i>How often do you visit the Mexican border zone?</i>	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en México? <i>How much did you and your group spend in Mexico?</i>
5	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
6	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
7	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
8	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
9	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
10	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	CIUDAD _____ (CITY) ESTADO _____ (STATE)	_____	PLACER (PLEASURE) 1. <input type="checkbox"/> OTROS (OTHER) 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS (VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS) 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS (SHOPPING) 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS (BUSINESS) 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (MEDICAL CARE) 5. <input type="checkbox"/>	HORAS (HOURS) 1. _____ DÍAS (DAYS) 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL (YES, HOTEL) 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA (YES, HOME) 3. <input type="checkbox"/> OTRO (OTHER) 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA (WEEK) 1. _____ MES (MONTH) 2. _____ AÑO (YEAR) 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones: