



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

VF-2

ENCUESTA DE VIAJEROS FRONTERIZOS
VF-2 CUESTIONARIO DE VIAJEROS FRONTERIZOS (AUTOMÓVILES-PEATONES)
CUESTIONARIO PARA VIAJEROS RESIDENTES EN MÉXICO QUE VISITARON LA ZONA FRONTERIZA DE LOS EUA

CE RP 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?	2. ¿Qué lugar visitó?	3. ¿Cuántas personas integran su grupo?	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje?	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de los Estados Unidos?	6. ¿Pasó la noche en los Estados Unidos? ¿En dónde?	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de los Estados Unidos?	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en este viaje?
1	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
2	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
3	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
4	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 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-2 CUESTIONARIO DE VIAJEROS FRONTERIZOS (AUTOMÓVILES-PEATONES). CUESTIONARIO PARA VIAJEROS RESIDENTES EN MÉXICO QUE VISITARON LA ZONA FRONTERIZA DE LOS EUA. 2018.

Entrevista	1. ¿Dónde vive?	2. ¿Qué lugar visitó?	3. ¿Cuántas personas integran su grupo?	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje?	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de los Estados Unidos?	6. ¿Pasó la noche en los Estados Unidos? ¿En dónde?	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de los Estados Unidos?	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en este viaje?
5	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
6	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
7	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
8	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
9	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
10	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones: