

MÓDULO DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS 2010

CUESTIONARIO PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

¿De quién solicita la información?

NOMBRE	N.R.

Folio 2010

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

Resultado de entrevista del cuestionario

--	--

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: “Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico.”

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: “Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas.”

CONFIDENCIAL



INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

MÓDULO DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS 2010

CONFIDENCIAL

EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, NECESITAMOS HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS.

¿ME PERMITE FINALIZAR LA ENTREVISTA CON ESTE APARTADO?

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

APARTADO 1.1 INGRESOS MONETARIOS

PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS, PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR

1.Durante los meses de_____a_____, ¿(NOMBRE) recibió dinero porque...

Cruce

SÍ1Registre el ingreso

Cruce

NO2→ Pase a 2

...tiene una beca?

...alguna persona no integrante del hogar le da una pensión para alimentación o para estudios, etc.?

...le envían dinero de otro país?

Escriba el nombre y número del mes antes de iniciar la entrevista

CONCEPTO	CLAVE	INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES										
Pensiones originadas dentro del país	P032												
Pensiones provenientes de otros países	P033												
Becas provenientes de instituciones privadas o de organismos no gubernamentales	P037												
Becas provenientes del gobierno	P038												
Donativos provenientes de organizaciones no gubernamentales	P039												
Donativos provenientes de otros hogares	P040												
Ingresos provenientes de otros países	P041												
Beneficio de OPORTUNIDADES	P042												
Beneficios de otros programas sociales. (Especifique):	P048												
Otros ingresos por transferencias no considerados anteriormente. (Especifique):	P0__												

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

APARTADO 1.1 INGRESOS MONETARIOS

PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS, PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR																																														
2. ¿(NOMBRE) recibió algún ingreso diferente a lo que le mencioné? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p style="color: #008000; font-size: small;">Cruce</p> <p>SÍ 1 <i>Registre el ingreso</i></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="color: #008000; font-size: small;">Cruce</p> <p>NO 2 ➔ <i>Pase a Regalos provenientes de otros hogares</i></p> </div> </div>																																														
Escriba el nombre y número del mes antes de iniciar la entrevista																																														
CONCEPTO		CLAVE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">INGRESO DEL MES PASADO</th> <th colspan="5"></th> <th colspan="10">INGRESOS MENSUALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td style="width: 5%; background-color: #d3d3d3;"></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>							INGRESO DEL MES PASADO						INGRESOS MENSUALES																														
INGRESO DEL MES PASADO						INGRESOS MENSUALES																																								
Otros ingresos no considerados en los anteriores. <i>(Especifique):</i>		P0__																																												
			➔ Pase a Regalos provenientes de otros hogares																																											

[illegible]

1. Durante los seis meses anteriores ¿recibió (NOMBRE) algún artículo o servicio como regalo proveniente de otro hogar?

SÍ ☐ 1 NO ☐ 2 → *Pase a Regalos otorgados a otros hogares*

→ **Pase a Regalos otorgados a otros hogares**

REGALOS OTORGADOS A OTROS HOGARES

Cruce

SÍ 1 NO 2 → Pase a **Transferencias en especie**

[illegible]

Sí ☐ 1 NO ☐ 2 **→** Si el menor tiene **MENOS** de 5 años pase a **SECCIÓN II**
 Si el menor tiene 5 años o más pase a **Apartado 1.2**

→ Si el menor tiene **MENOS** de 5 años pase a **SECCIÓN II**
Si el menor tiene 5 años o más pase a **Apartado 1.2**

APARTADO 1.2 INGRESOS POR TRABAJO

1. Durante los meses de _____ a _____, ¿(NOMBRE) recibió algún pago porque...

ZONA URBANA

...ayudó realizando mandados o quehaceres en una sola casa?

...ayudó en una tienda o en un taller haciendo artesanías?

[illegible]

Ingreso por trabajo	P067																														
---------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

APARTADO 1.3 REMUNERACIONES EN ESPECIE

1. ¿Durante los meses de _____ a _____, (NOMBRE) recibió alguno de los artículos y/o servicios que le voy a mencionar como pago por parte de su trabajo?

SÍ1

Cruce

NO2

→ Pase a SECCIÓN II

CONCEPTO	CLAVE	FRECUENCIA	COSTO ESTIMADO	GASTO EFECTUADO			
Mencione cada uno de los artículos y/o servicios	Complete o anote la clave de los artículos y/o servicios que el integrante recibió.	2. ¿Con qué frecuencia lo(s) recibió? <i>Lea y escriba un código</i>	3. ¿Si hubiera comprado el artículo y/o servicio en algún establecimiento cuánto estima que le hubiera costado?	4.1 ¿Realizó algún pago por ellos?	4.2 ¿Cuánto pagó por ellos?		
		1 Una vez a la semana		SÍ NO → <i>Pase a siguiente renglón o SECCIÓN II</i>			
		2 Dos veces a la semana					
		3 Tres veces a la semana					
		4 Cuatro veces a la semana					
		5 Cinco veces a la semana					
		6 Seis veces a la semana					
		7 Una vez a la quincena					
		8 Una vez al mes					
		9 Otro (Especifique)					
		CÓDIGO	Pesos		Pesos		
Desayuno	A 2 4 3			1	2		
Comidas	A 2 4 4			1	2		
Cenas	A 2 4 5			1	2		
Despensa de alimentos	A 2 4 2			1	2		
Autobús	B 0 0 2			1	2		
Colectivo, combi, micro	B 0 0 4			1	2		
Otros servicios de transporte	B 0 0			1	2		
Gasolina	F 0 0			1	2		
Consultas médico general	J 0 1 6			1	2		
Consultas médico especialista	J 0 1 7			1	2		
Hospitalización	J 0 4 0			1	2		

CONCEPTO	CLAVE	FRECUENCIA	COSTO ESTIMADO	GASTO EFECTUADO			
Mencione cada uno de los artículos y/o servicios	Complete o anote la clave de los artículos y/o servicios que el integrante recibió.	2. ¿Con qué frecuencia lo(s) recibió? <i>Lea y escriba un código</i>	3. ¿Si hubiera comprado el artículo y/o servicio en algún establecimiento cuánto estima que le hubiera costado?	4.1 ¿Realizó algún pago por ellos?	4.2 ¿Cuánto pagó por ellos?		
		1 Una vez a la semana		SÍ NO → <i>Pase a siguiente renglón o SECCIÓN II</i>			
		2 Dos veces a la semana					
		3 Tres veces a la semana					
		4 Cuatro veces a la semana					
		5 Cinco veces a la semana					
		6 Seis veces a la semana					
		7 Una vez a la quincena					
		8 Una vez al mes					
		9 Otro (Especifique)					
		CÓDIGO	Pesos		Pesos		
Otro (especifique)							
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	
					1	2	

→ Pase a SECCIÓN II

SECCIÓN II. ACCESO A LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

SERVICIOS MÉDICOS	SERVICIOS MÉDICOS	ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD
1. Actualmente, ¿(NOMBRE) se encuentra inscrito al Seguro Popular?	5. Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende (NOMBRE)?	8. En todos estos casos, ¿recibió (NOMBRE) atención médica?
<div>Cruce</div> <div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	<div>Lea y cruce uno o más códigos</div> <div>Centros de salud (Secretaría de Salud)..... 01</div> <div>Hospital o instituto (Secretaría de Salud)..... 02</div> <div>Seguro Social o IMSS..... 03</div> <div>IMSS - Oportunidades..... 04</div> <div>ISSSTE..... 05</div> <div>ISSSTE estatal..... 06</div> <div>Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI, GDF)..... 07</div> <div>Consultorio y hospitales privados..... 08</div> <div>Consultorio de farmacias..... 09</div> <div>Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etc..... 10</div> <div>Se automedica..... 11</div> <div>Otro. (Especifique):..... 12</div> <div><div></div></div> <div>No sabe..... 13</div>	<div>Cruce</div> <div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div> <div>→ Pase a ENTREVISTADOR</div>
2. ¿(NOMBRE) está inscrito para recibir atención médica por parte de alguna institución?		MOTIVO DE NO ATENCIÓN
<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div> <div>→ Pase a 5</div>		9. (NOMBRE) no se atendió ¿porque...
3. ¿(NOMBRE) en qué institución está inscrito?		<div>Lea y cruce uno o más códigos</div> <div>no hay dónde atenderse?..... 01</div> <div>es caro?..... 02</div> <div>no tenía dinero?..... 03</div> <div>la unidad médica, clínica u hospital queda lejos?..... 04</div> <div>no lo(a) atienden aunque vaya a la unidad médica?..... 05</div> <div>no le tiene confianza?..... 06</div> <div>lo(a) tratan mal donde se atiende?..... 07</div> <div>no hablan la misma lengua que usted?..... 08</div> <div>no quiso o no era necesario?..... 09</div> <div>hay que esperar mucho para ser atendido(a)?..... 10</div> <div>no le dan el medicamento que necesita?..... 11</div> <div>no tuvo tiempo?..... 12</div> <div>la unidad médica no estaba abierta?..... 13</div> <div>le dieron una cita hasta mucho tiempo después?..... 14</div> <div>no hubo quien lo llevara?..... 15</div> <div>no había médico en la unidad?..... 16</div> <div>se lo impidió un integrante de su casa?..... 17</div> <div>se auto medicó o auto recetó?..... 18</div> <div>otro motivo. (Especifique):..... 19</div> <div><div></div></div> <div>No sabe..... 20</div>
4. ¿(NOMBRE) está inscrito por...	6. En los últimos doce meses ¿algún médico o enfermera ha pesado o medido a (NOMBRE)?	
<div>Lea y cruce uno o más códigos</div> <div>algún familiar en el hogar?..... 3</div> <div>muerte del asegurado?..... 4</div> <div>algún familiar de otro hogar?..... 7</div> <div>No sabe..... 8</div>	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	
	CONTROL DE PESO Y TALLA	
	7. En los últimos doce meses, ¿sufrió (NOMBRE) de algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas?	
	<div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div> <div>→ Pase a ENTREVISTADOR</div>	
	ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD	

SECCIÓN II. ACCESO A LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

ENTREVISTADOR:

Si aún faltan integrantes del hogar por entrevistar

→

Solicite entrevistar a otro de ellos
llenando el CUESTIONARIO
CORRESPONDIENTE

Si ya entrevistó a todos los integrantes del hogar

→

TERMINE LA ENTREVISTA

OBSERVACIONES:

TIEMPO TOTAL DE LA ENTREVISTA

:

HRS.

MIN.

¿QUIÉN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

NOMBRE _____ N.R.

--	--

¿EN QUÉ DÍA(S) SE CAPTÓ LA INFORMACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR