

MÓDULO DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS 2008

¿De quién se solicita la información?

NOMBRE _____ N.R.

Folio 2008 —

Resultado del cuestionario

CUESTIONARIO PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

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



MÓDULO DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS 2008

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?

APARTADO 1.1 INGRESOS MONETARIOS

[illegible]

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 mencionó?																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>Cruce</i></p> <p>SÍ 1 <i>Registre el ingreso</i></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Cruce</i></p> <p>NO 2 → <i>Pase a Apartado 1.2</i></p> </div> </div>																				
<i>Escriba el nombre y número del mes antes de iniciar la entrevista</i>																				
CONCEPTO		CLAVE	INGRESO DEL MES PASADO		INGRESOS MENSUALES															
Otros ingresos no considerados en los anteriores. (especifique):		P0__																		

[illegible]

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

Cruce
Sí ☐ 1 NO ☐ 2 ➡ Pase a Regalos otorgados

NOMBRE DEL ARTÍCULO O SERVICIO	CLAVE	CANTIDAD Y FORMA DE PRESENTACIÓN	CÓDIGO	FRECUENCIA	COSTO ESTIMADO
2. ¿Qué artículo o servicio recibió? <i>Lea los encabezados y registre el producto y/o servicio recibido</i>	 <i>Registre la clave del artículo o servicio</i>	3. ¿Qué cantidad recibió la última vez de ...? 	 	4. ¿Con qué frecuencia lo recibió? 1. Diario 2. Cada semana 3. Una vez al mes 4. Cada año 5. Lo recibió una sola vez 6. Otro. (<i>especifique</i>). <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CÓDIGO</div>	5. ¿Cuánto habría pagado si lo hubiera comprado? <div style="text-align: right;"><i>PESOS</i></div>

[illegible][illegible]

REGALOS OTORGADOS A OTROS HOGARES

Cruce
SÍ ☐ 1 NO ☐ 2 ➔ *Pase a Transferencias en especie*

[illegible]

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

APARTADO 1.2 INGRESOS POR TRABAJO

[illegible][illegible]

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 → Pase a 5</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>..... 13</div> <div>No sabe.....</div>	<div>Cruce</div> <div>SÍ 1 → Pase a Sección III</div> <div>NO 2</div>
2. ¿(NOMBRE) está inscrito para recibir atención médica por parte de alguna institución?		MOTIVO DE NO ATENCIÓN
<div>Cruce</div> <div>SÍ 1</div> <div>NO 2 → Pase a 5</div>		9. (NOMBRE) no se atendió ¿porque...
3. ¿(NOMBRE) en qué institución está inscrito?		<div>Escuche 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 (la) atienden aunque vaya a la unidad médica?..... 05</div> <div>no le tiene confianza?..... 06</div> <div>lo (la) 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>..... 20</div> <div>No sabe.....</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?..... 1</div> <div>muerte del asegurado?..... 2</div> <div>algún familiar de otro hogar?..... 3</div> <div>No sabe..... 4</div>	<div>CONTROL DE PESO Y TALLA</div> <div>Cruce</div> <div>SÍ 1</div> <div>NO 2</div>	
	7. En los últimos doce meses, ¿sufrió (NOMBRE) de algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas?	
	<div>ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD</div> <div>Cruce</div> <div>SÍ 1</div> <div>NO 2 → Pase a Sección III</div>	

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**

FIRMA DEL SUPERVISOR

HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA

:
HRS. MIN.

OBSERVACIONES:

¿QUIÉN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

NOMBRE _____

N.R.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA

www.inegi.gob.mx

MÉXICO