

N° de Cuestionario

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADA EN EL  
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO

Doc.SALUD.01

## I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		B. UBICACIÓN MUESTRAL			C. COORDENADAS DEL PUNTO GPS	
1. REGIÓN		6. ÁREA	Urbana.....1	Rural.....2	9. Latitud	
2. DEPARTAMENTO		7. ZONA			10. Longitud	
3. PROVINCIA		8. MANZANA			11. Altitud	
4. DISTRITO						
5. CENTRO POBLADO						

12. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (Seleccione solo un código)

Tipo de Vía: Avenida..... 1 Calle.....2 Jirón.....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Otro..... 6

Nombre de vía	N° de Puerta	Block	Piso	Int.	Mz.	Lote	Km.	Teléfono

13. REFERENCIA:

14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	15. CARGO:	16. TELÉFONO:
14A. NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE CALIFICADO:	15A. CARGO:	16A. TELÉFONO:

## II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

17. Nombre oficial del Establecimiento de Salud:  
 Tipo de Establecimiento de Salud: Puesto de Salud ..... 1 Centro de Salud ..... 2 Hospital.....3 Especializado.....4  
 (Seleccione un código, según corresponda)

Nombre:

18. Código único IPRESS  19. Categoría

20. Turno  Mañana.....1  Tarde.....2  Noche.....3  Mañana y tarde.....4  Mañana, tarde y noche.....5

## III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR						SUPERVISOR			
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										

21. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

Fecha:	
Resultado:	

(\*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. COMPLETA	4. OTRO _____
2. INCOMPLETA	(Especifique)
3. RECHAZO	

## IV. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
ENCUESTADOR:		
SUPERVISOR LOCAL:		
COORDINADOR DEPARTAMENTAL:		
ASISTENTE DE CAMPO:		
SUPERVISOR NACIONAL:		
OBSERVACIONES:		

MÓDULO 01: ANEMIA

CAPÍTULO 100: RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA DEL ESTABLECIMIENTO

A. EQUIPOS PARA EL TAMIZAJE DE ANEMIA EN MENORES DE 12 MESES Y GESTANTES

INFORMANTE N°1	NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE	CARGO	N° DE CELULAR

101. EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN MENORES DE 12 MESES, ¿CUENTAN CON HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL?

Si.....1 → No.....2 → **Pase a P101D**

101A. El tipo de hemoglobinómetro portátil, ¿Es:	Sí	No	101B. Verifique el funcionamiento del equipo y registre la condición en qué se encuentra:	
			Si funciona	No funciona
1. Hemocue?	1	2	1	2
2. Hemocontrol?	1	2	1	2
3. Otra presentación? (Especifique)	1	2	1	2

- Si la respuesta es 1(Si), continúe con 101B.
- Si la respuesta es 2 (No), pase a la siguiente alternativa
- Si todas las alternativas tienen la respuesta 2 (No), pase a 101D.

101C. ¿EN QUÉ ÁREAS/CONSULTORIOS/SERVICIOS SE REALIZA EL TAMIZAJE DE ANEMIA DE MENORES DE 12 MESES?

(Seleccione uno o más códigos, según corresponda)

- CRED .....1
  - Nutrición .....2
  - Laboratorio .....3
  - Otro .....5
- (Especifique)

INFORMANTE N°2	NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE	CARGO	N° DE CELULAR

101D. EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN GESTANTES, ¿CUENTAN CON HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL?

Si.....1 → No.....2 → **Pase a P102**

101E. El tipo de hemoglobinómetro portátil, ¿Es:	Sí	No	101F. Verifique el funcionamiento del equipo y registre la condición en qué se encuentra:	
			Si funciona	No funciona
1. Hemocue?	1	2	1	2
2. Hemocontrol?	1	2	1	2
3. Otra presentación?	1	2	1	2

- Si la respuesta es 1(Si), continúe con 101F.
- Si la respuesta es 2 (No), pase a la siguiente alternativa
- Si todas las alternativas tienen la respuesta 2 (No), pase a 102.

101G. ¿EN QUÉ ÁREAS/CONSULTORIOS/SERVICIOS SE REALIZA EL TAMIZAJE DE ANEMIA A GESTANTES?

(Seleccione uno o más códigos, según corresponda)

- Obstetricia .....1
  - Nutrición .....2
  - Laboratorio .....3
  - Otro .....4
- (Especifique)

B. INSUMOS PARA EL TAMIZAJE DE ANEMIA

INFORMANTE N°3	NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE	CARGO	N° DE CELULAR

102. PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA, ¿CUENTAN CON MICROCUBETA PARA HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL?

Si.....1 → No.....2 → **Pase a P103**

102A. ¿Cuentan con microcubeta descartable para: (Lea la pregunta y entregue al informante la TARJETA N° 01) "Microcubetas para Hemoglobinómetro portátil"	Presentación	Sí	No	102B. Verifique la fecha de vencimiento del insumo:		102C. Realice el conteo y registre	
				Si se encuentra en condiciones óptimas	No se encuentra en condiciones óptimas	Stock Cajas (Registre solo cajas cerradas)	Stock Unidades (Registre las unidades)
1. Hemoglobinometro hemocue HB 201?	caja x 100	1	2	1	2		
2. Hemoglobinometro hemocue HB 201?	caja x 50	1	2	1	2		
3. Hemoglobinometro hemocue HB 201?	caja x 25	1	2	1	2		
4. Hemoglobinometro hemocue HB 301?	caja x 50	1	2	1	2		
5. Hemoglobinometro hemocue HB 201?	caja (unidades)	1	2	1	2		
6. Hemoglobinometro hemocontrol?	caja x 50	1	2	1	2		
7. Hemoglobinometro hemocontrol?	caja (unidades)	1	2	1	2		
8. Otra presentación? (Especifique)		1	2	1	2		
Sub Total							

- Si la respuesta es 1(Si), continúe con 102B.
- Si la respuesta es 2 (No), pase a la siguiente alternativa

**103. PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA, ¿CUENTAN CON LANCETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL?**

Si.....1 → No.....2 → **Pase a P104**

103A. ¿Cuenta con:	Presentación	Sí	No	103B. Realice el conteo y registre	
				Stock Cajas (Registre solo cajas cerradas)	Stock Unidades (Registre las unidades)
1. Lanceta descartable retráctil 23 g graduable x 1.3 mm, 1.8 mm, 2.3 mm?	caja x 200	1	2		
2. Lanceta descartable retráctil 23 g graduable x 1.3 mm, 1.8 mm, 2.3 mm?	caja (unidades)	1	2		
2A. Lanceta descartable retráctil 23 g graduable x 1.3 mm, 1.8 mm, 2.3 mm?	caja x 100	1	2		
2B. Lanceta descartable retráctil 21 g graduable x 1.8 mm?	caja x 200	1	2		
2C. Lanceta descartable retráctil 0.8 mm 2.0 mm?	caja x 200	1	2		
3. Otra presentación? (Especifique)		1	2		
Sub Total					

- Si la respuesta es 1(Si), continúe con 103B.  
- Si la respuesta es 2 (No), pase a la siguiente alternativa

**C. SUPLEMENTOS DE HIERRO**

**104. ¿CUENTAN CON SUPLEMENTOS DE HIERRO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA?**

Si.....1 → No.....2 → **Pase al Módulo 3, según corresponda**

104A. En cuanto a suplementos para niños, ¿Cuentan con: (Lea la pregunta y entregue al informante la TARJETA N° 02 "Suplementos de hierro para niños y gestantes")	Presentación	Sí	No	104C. Realice el conteo y registre	
				Stock Cajas (Registre solo cajas cerradas)	Stock Unidades (Registre las unidades.)
1. Ferroso sulfato heptahidrato (equiv. hierro elemental) 15 mg/5 ml Jbe 30 ml?	Caja de unidades	1	2		
2. Ferroso sulfato 75 mg (15 mg de fe)/5 ml Jbe 180 ml ?	Caja de unidades	1	2		
3. Ferroso sulfato heptahidrato (equiv. hierro elemental) 15 mg/5 ml Jbe 200 ml?	Caja de unidades	1	2		
4. Ferroso sulfato heptahidrato (equiv. hierro elemental) 35 mg/5 ml Jbe 180 ml?	Caja de unidades	1	2		
5. Ferroso sulfato heptahidrato (equiv. hierro elemental) 35 mg/5 ml Jbe 200 ml?	Caja de unidades	1	2		
6. Hierro polimaltosa 50 mg/5 ml Jbe 100 ml?	Caja de unidades	1	2		
7. Hierro polimaltosa 50 mg/5 ml Jbe 150 ml?	Caja de unidades	1	2		
8. Otra presentación en jarabe? (Especifique)		1	2		
Sub total					
9. Ferroso sulfato heptahidrato 25 mg/ml sol 60 ml ?	Caja x 25	1	2		
10. Ferroso sulfato heptahidrato 25 mg/ml sol 15 ml ?	Caja x 25	1	2		
11. Ferroso sulfato heptahidrato 25 mg/ml sol 20 ml .....30 ml?	Caja x 25	1	2		
12. Sulfato ferroso 125 mg/ml Gts 30ml	Caja x 25	1	2		
12A. Sulfato ferroso 125 mg/ml Gts 20ml	Caja de unidades	1	2		
13. Hierro polimaltosa 50 mg/ml sol 20 ml?	Caja de unidades	1	2		
14. Hierro polimaltosa 50 mg/ml sol 30 ml?	Caja de unidades	1	2		
15. Hierro polimaltosa 2.5 g/ml sol 20 ml?	Caja de unidades	1	2		
16. Otra presentación? (Especifique)		1	2		
Sub total					
17. Otras combinaciones de multivitaminas PLV 1 g (chispitas nutricionales)		1	2		
Sub total					
104B. En cuanto a suplementos para gestantes, ¿Cuentan con: (Lea la pregunta y entregue al informante la TARJETA N° 02 "Suplementos de hierro para niños y gestantes")	Presentación	Sí	No		
18. Ácido fólico + ferroso sulfato heptahidrato 200 µg + 250 mg tab?	caja de blister	1	2		
19. Ácido fólico + ferroso sulfato heptahidrato 250 µg + 300 mg tab?	caja de blister	1	2		
20. Ácido fólico + ferroso sulfato heptahidrato 400 µg + 300 mg tab?	caja de blister	1	2		
21. Ácido fólico + ferroso sulfato heptahidrato 400 µg + 60 mg fe tab?	caja de blister	1	2		
21A. Sulfato ferroso 300 mg tab	caja de blister	1	2		
22. Otra presentación? (Especifique)		1	2		
Sub Total					

- Si la respuesta es 1(Si), continúe con 104C.  
- Si la respuesta es 2 (No), pase a la siguiente alternativa

**OBSERVACIONES:**

---



---

**MÓDULO 03: PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

INFORMANTE N°4	NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE	CARGO	N° DE CELULAR

**301. EN CUANTO AL PERSONAL ASISTENCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**

PERSONAL ASISTENCIAL	N° de ....	301A. El responsable, ¿le mostró la programación de turnos? (para las alternativas 2, 5, 8 y 11)		301B.1. ¿Qué tipo de sistemas utilizan para registrar la asistencia del personal?  1. Formato en físico 2. En computadora 3. Marcador de reloj con tarjetas 4. Registro facial 5. Lector de huellas 6. Otro (Especifique)	301 C ¿Cuántos están presentes en el turno:					
		Sí	No		Mañana?	Tarde?	Noche?	Mañana y Tarde?	Mañana, Tarde y Noche?	
<b>PERSONAL MÉDICO</b>										
1. ¿Cuál es el número total de médicos asignados a la IPRESS?										
2. ¿Cuál es el número total de médicos programados a la IPRESS el día de hoy?		1	2							
3. ¿Cuántos médicos están presentes en la IPRESS el día de hoy, según el rol de turno?		1	2							
<b>ENFERMERO</b>	N° de ....	Sí	No							
4. ¿Cuál es el número total de enfermeros asignados a la IPRESS?										
5. ¿Cuál es el número total de enfermeros programados a la IPRESS el día de hoy?		1	2							
6. ¿Cuántos enfermeros están presentes en la IPRESS el día de hoy, según el rol de turno?		1	2							
<b>TÉCNICO DE ENFERMERÍA</b>	N° de ....	Sí	No							
7. ¿Cuál es el número total de técnicos de enfermería asignados a la IPRESS?										
8. ¿Cuál es el número total de técnicos de enfermería programados a la IPRESS el día de hoy?		1	2							
9. ¿Cuántos técnicos de enfermería están presentes en la IPRESS el día de hoy, según el rol de turno?		1	2							
<b>LABORATORISTA</b>	N° de ....	Sí	No							
10. ¿Cuál es el número total de laboratoristas asignados a la IPRESS?										
11. ¿Cuál es el número total de laboratoristas programados a la IPRESS el día de hoy?		1	2							
12. ¿Cuántos laboratoristas están presentes en la IPRESS el día de hoy, según el rol de turno?		1	2							

(Si en los ítems 1, 4, 7 o 10 registró cero (0), a las dos (02) siguientes alternativas les corresponde información (ítems 2 y 3, 5 y 6, 8 y 9, 11 y 12, según corresponda para cada alternativa).

(Seleccione el código 1(Sí) o 2(No), según corresponda para cada alternativa)

**302. EXISTE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS SIGUIENTES CONSULTORIOS O SERVICIOS:**

CONSULTORIO / SERVICIO	303. El consultorio o servicio, ¿Brinda atención, el día de la entrevista?	
	Sí	No
1. Pediatría?	1	2
2. Control de Crecimiento y desarrollo (CRED)?	1	2
3. Inmunizaciones?	1	2
4. Cardiología?	1	2
5. Endocrinología?	1	2
6. Ginecología?	1	2
7. Oftalmología?	1	2
8. Oncología?	1	2
9. Quimioterapia?	1	2

- Si la respuesta es 1(Sí), continúe con 303.  
- Si la respuesta es 2 (No), pase a la siguiente alternativa

**Resultado de la entrevista del módulo**

Completa.....1 }  
Incompleta.....2  
Rechazo .....3

Pase al siguiente módulo

**MÓDULO 04: NIVEL DE SATISFACCIÓN Y CALIFICACIÓN DE HABILIDADES BLANDAS**  
(Para usuarios de 18 años y más que se atendieron el día de la entrevista en el establecimiento de salud)

USUARIO N°...	NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE
---------------	------------------------------------

**A. SELECCIÓN DEL USUARIO**

**401. SEXO**

Hombre.....1  
Mujer.....2

**402. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS Y CUÁL ES EL DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO?**

EDAD	DÍA	MES	AÑO

**EN LA P403A. NOMBRE DE CONSULTORIO/ SERVICIO:**  
Mostrará la información de los consultorios / servicios que brindaron atención el día de la entrevista, según P303 (código de respuesta 1). Si en P303, todas las opciones seleccionadas son el código 2. No, seleccione en la P403A el código 13. Otro, según corresponda.

403A. NOMBRE DEL CONSULTORIO/SERVICIO:	OTRO TIPO DE CONSULTORIO
PEDIATRÍA 1 (0 a 28 días).....1	CIRUGÍA.....1
CRED 1 (0 a 28 días).....2	CONTROL TUBERCULOSIS.....2
INMUNIZACIONES 1 (0 a 28 días).....3	DERMATOLOGÍA.....3
PEDIATRÍA 2 (29 días a 72 meses).....4	ECOGRAFÍA.....4
CRED 2(29 días a 72 meses).....5	ENFERMERÍA.....5
INMUNIZACIONES 2 (29 días a 72 meses).....6	GERIATRÍA.....6
CARDIOLOGÍA.....7	LABORATORIO CLÍNICO.....8
ENDOCRINOLOGÍA.....8	MEDICINA GENERAL.....9
GINECOLOGÍA (18 a 49 años).....9	MEDICINA INTERNA.....10
OFTALMOLOGÍA.....10	NEONATOLOGÍA.....11
ONCOLOGÍA.....11	NEUMOLOGÍA.....12
QUIMIOTERAPIA.....12	NEUROLOGÍA.....13
OTRO.....13	OTORRINOLARINGOLOGÍA.....14
(Especifique) →	PSIQUIATRÍA.....15
	REUMATOLOGÍA.....16
	TÓPICO.....17
	TRAUMATOLOGÍA.....18
	TRIAJE.....19
	UROLOGÍA.....20
	OTRO.....21
	(Especifique)

**403. EL DIA DE HOY UD. FUE ATENDIDO POR UN:**

PERSONAL ASISTENCIAL	Sí	No
1. Médico?	1	2
2. Enfermero?	1	2
3. Técnico de enfermería?	1	2
4. Laboratorista?	1	2

LA P403 MOSTRARÁ LA INFORMACIÓN DE LA P301 (ALTERNATIVAS 3, 6, 9 y 12), DEL PERSONAL QUE BRINDA ATENCIÓN A PACIENTES EL DÍA DE LA ENTREVISTA.

**B. SATISFACCIÓN GENERAL CON EL SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**403.1: PERSONAL PROFESIONAL/TÉCNICO SELECCIONADO:**

**404. EN RELACIÓN AL SERVICIO RECIBIDO HOY EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁL ES SU NIVEL DE SATISFACCIÓN?**  
(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 03** "Niveles de satisfacción")

- Muy insatisfecho.....1  
Insatisfecho .....2  
Ni satisfecho / Ni insatisfecho.....3  
Satisfecho.....4  
Muy satisfecho.....5

**C. SATISFACCIÓN DE HABILIDADES BLANDAS DEL PERSONAL**

**405. CÓMO CALIFICARÍA UD. LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL ..... EN RELACIÓN A:**  
**(MUESTRA PERFIL PROFESIONAL SELECCIONADO DE P403)**  
(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 04** "Niveles de calificación")

	Muy Malo	Malo	Ni Bueno/ ni malo	Bueno	Muy Bueno
1. La amabilidad y cortesía?	1	2	3	4	5
2. El Respeto?	1	2	3	4	5
3. El Interés o disposición por atender?	1	2	3	4	5
4. La Confianza y seguridad que le inspira?	1	2	3	4	5
5. La Claridad de la información sobre su estado de salud y cuidados a seguir?	1	2	3	4	5

**D. SATISFACCIÓN CON LA INFRAESTRUCTURA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**406. ¿SEGÚN LA INFRAESTRUCTURA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁL ES SU NIVEL DE SATISFACCIÓN, RESPECTO A:**  
(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 03** "Niveles de satisfacción")

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho/ Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	No aplica
1. La ubicación?	1	2	3	4	5	
2. Comodidad de los diferentes espacios o ambientes?	1	2	3	4	5	
3. Facilidad de acceso al establecimiento de salud a través, de rampa para discapacitados, veredas bien construidas, entre otros?	1	2	3	4	5	
4. Privacidad para la atención?	1	2	3	4	5	
5. Comodidad y adecuación de asientos o áreas de espera?	1	2	3	4	5	
6. Señalización de ambientes y carteles de orientación?	1	2	3	4	5	6
7. Con la limpieza e higiene en general (pasadizos, consultorios, sala de espera, entre otros)?	1	2	3	4	5	6
8. A las condiciones de limpieza de los sanitarios/baños?	1	2	3	4	5	6
9. A los equipos tecnológicos para la correcta atención, como: ecógrafo, rayos x, ¿entre otros?	1	2	3	4	5	6
10. A la iluminación natural o de luz eléctrica en los diferentes espacios?	1	2	3	4	5	
11. A la seguridad de la estructura ante un evento como incendio, sismo, entre otros?	1	2	3	4	5	
12. Con las áreas de servicios auxiliares, como: farmacia, cafetería, ¿entre otros?	1	2	3	4	5	6

**E. SATISFACCIÓN EN CUANTO AL TIEMPO DE ATENCIÓN**

**407. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE SATISFACCIÓN, RESPECTO AL TIEMPO:**

(Lea la pregunta y entregue al informante la **TARJETA N° 03 "Niveles de satisfacción"**)

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho/ Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	No Aplica
1. De respuesta para la confirmación de citas	1	2	3	4	5	6
2. Con la puntualidad en la atención?	1	2	3	4	5	
3. Que le dedicaron a su atención?	1	2	3	4	5	
4. De duración en la atención en admisión?	1	2	3	4	5	
5. De duración de procedimientos o tratamientos?	1	2	3	4	5	6
6. De espera para los resultados de laboratorio o diagnóstico?	1	2	3	4	5	6
7. Para acceder a una cita médica?	1	2	3	4	5	6

**MÓDULO 05: CARACTERIZACIÓN DEL ENTREVISTADO**

**501. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO VIVE USTED?**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

**502. ¿QUÉ NACIONALIDAD TIENE?**

Peruana ..... 1

Extranjera ..... 2

→

(Especifique)

**ETNICIDAD**

**503. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS, ¿USTED SE SIENTE O CONSIDERA:**

Quechua? ..... 1

Aimara? ..... 2

Nativo o indígena de la Amazonía? ..... 3

(Especifique)

¿Pertenece o parte de otro pueblo indígena u originario? ..... 4

(Especifique)

Negro/moreno/zambo, mulato/Pueblo Afroperuano o

¿Afrodescendiente? ..... 5

Blanco? ..... 6

Mestizo? ..... 7

Otro? ..... 8

(Especifique)

NO SABE/ NO RESPONDE ..... 9

**DISCAPACIDAD**

**Señor, Señora: A continuación, le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.**

**504. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:**

(Lea cada alternativa y seleccione un código para cada una de ellas)

Discapacidad	Sí	No
1. Ver, aun usando anteojos? .....	1	2
2. Oír, aun usando audifonos? .....	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro? .....	1	2
4. Moverse o caminar para usar brazos y/o piernas? ....	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)? .....	1	2
6. Relacionarse con los demás por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas? .....	1	2

**EDUCACIÓN**

**505. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?**

NIVEL	AÑO	GRADO
Sin nivel..... 1		
Educación Inicial ..... 2		
Primaria incompleta ..... 3		
Primaria completa ..... 4		
Secundaria incompleta ..... 5		
Secundaria completa ..... 6		
Básica Especial ..... 7		
Superior no universitaria incompleta ..... 8		
Superior no universitaria completa ..... 9		
Superior universitaria incompleta ..... 10		
Superior universitaria completa ..... 11		
Maestría/Doctorado..... 12		

**506. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)?**

- Solo tiene partida de Nacimiento .... 1
- Solo tiene carnet de extranjería..... 2
- Solo tiene cédula de identidad..... 3
- Solo tiene pasaporte ..... 4
- No sabe / No recuerda..... 5
- No tiene ..... 6
- No brindó información..... 7

**Resultado de la entrevista por usuario**

- Completa ..... 1
- Incompleta ..... 2
- Rechazo ..... 3

Pase al siguiente usuario





**INEI**

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
ESTADISTICA E  
INFORMATICA**