

REPÚBLICA DE EL SALVADOR

BANCO CENTRAL DE RESERVA

OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS



ENCUESTA USO DEL TIEMPO

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTA ENCUESTA SON CONFIDENCIALES,
ESTÁ AMPARADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 468
LEY DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

| | | | | | |
|--------------|--|---------|--|-----|--|
| CORRELATIVO | | LISTADO | | AÑO | |
| DEPARTAMENTO | | | | | |
| MUNICIPIO | | | | | |
| CANTÓN | | | | | |
| SEGMENTO | | ÁREA | | | |
| NOMBRE | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | |

ENCUESTA Y VERIFICACIÓN

| ORDEN DE LA VISITA | PERSONA ENCUESTADORA | | | | | VISITA DE VERIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN | | |
|--------------------|----------------------|----------------|------|--------|------------------------|---------------------------------------|--------|----------------------------|
| | FECHA | PRÓXIMA VISITA | | CÓDIGO | RESULTADO DE LA VISITA | FECHA | CÓDIGO | RESULTADO DE LA VISITA (*) |
| | | FECHA | HORA | | | | | |
| PRIMERA | | | | | | | | |
| SEGUNDA | | | | | | | | |
| TERCERA | | | | | | | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA | |
| FECHA | |
| RESULTADO | |

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| (*) CÓDIGO DE RESULTADO DE LA VISITA | CÓD. 1 (COMPLETA) |
| | CÓD. 2 (RECHAZO) |
| | CÓD. 3 (OTROS) |

| | |
|---------------------------------------|--|
| CÓDIGO ENCUESTADOR/A | |
| CÓDIGO SUPERVISOR/A | |
| NÚMERO DE ORDEN DE PERSONA INFORMANTE | |

PARA AGREGAR EN SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (PARA TODAS LAS PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR)

| N° DE O R D E N | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | | 117 | | | | 118 | 119 | | |
|-----------------------------------|----------------------|------|--|--|---|--|--|---|--|---|--|--|---|----------------------------------|--|-----|-----|--|---|
| | | | PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS | | | | | | | | | | | | | | | TODAS LAS PERSONAS EXCEPTO PERSONAS CON DEPENDENCIA PERMANENTE | PERSONAS CON DEPENDENCIA PERMANENTE Y PERSONAS QUE POR MOTIVOS DE ENFERMEDAD TEMPORAL NECESITARON DE CUIDADOS |
| | | | ¿Tiene dificultad de forma permanente para moverse o caminar, para usar brazos o piernas? | ¿Tiene dificultad de forma permanente para ver aún usando anteojos? | ¿Tiene dificultad de forma permanente para hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas salvadoreña u otras señas? | ¿Tiene dificultad de forma permanente para oír aún usando aparatos auditivos? | ¿Tiene dificultad de forma permanente para entender o aprender (concentrarse y recordar)? | ¿Tiene dificultad de forma permanente para realizar tareas de cuidado personal (alimentarse, bañarse y/o vestirse)? | ¿(NOMBRE) padece de alguna enfermedad crónica? | ¿Qué tipo de enfermedad crónica padece (NOMBRE)? | El día de ayer, ¿(NOMBRE) necesitó asistencia o apoyo para realizar actividades cotidianas como ...? | El día de ayer, debido a una enfermedad temporal ¿Necesitó cuidados/apoyo para la administración de medicamentos, monitoreo de síntomas, recibir terapia, entre otros? | El día de ayer, ¿Qué persona del hogar le apoyó principalmente (actividades cotidianas/ actividades por enfermedad temporal)? | | | | | | |
| | | | 1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo | 1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo | 1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo | 1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo | 1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo | 1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo | 1. Si 2. No (Pasa a 117) | 1. Enfermedades cardiovasculares 2. Cáncer 3. Enfermedades respiratorias 4. Diabetes 5. Enfermedades de los huesos o lesiones como artrosis, artritis reumatoide. 7. Trastornos neurológicos 8. Otras | OPCIÓN 1 OPCIÓN 2 OPCIÓN 3 | OPCIÓN 1 OPCIÓN 2 OPCIÓN 3 OPCIÓN 4 | 1. Alimentarse 2. Aseo, cuidado personal y/o realizar sus necesidades fisiológicas 3. Tomar medicamento (permanente y/o temporal) 4. Movilizarse dentro de la vivienda 5. Movilizarse fuera de la vivienda 6. Comunicarse 7. No necesitó asistencia o apoyo (Personas que responden al menos una opción de los "códigos 2, 3 y 4", en P109 a P114 pasan por esta pregunta) | 1. Si 2. No (Termina sección) | 1. Mamá 2. Papá 3. Hija 4. Hijo 5. Hermana, prima, tía, abuela u otro familiar mujer 6. Hermano, primo, tío, abuelo u otro familiar hombre 7. Otro persona no familiar mujer 8. Otra persona no familiar hombre | | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| | | PARA AGREGAR EN SECCIÓN 2 EDUCACIÓN | | | | | | EMPLEO E INGRESOS | |
|----------------|------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|--|--|---|
| | | 222 | 223 | 224A | 224 | 225 | 226 | 227 | 227B |
| N° | NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE | EDAD | PARA PERSONAS DE 0 A 3 AÑOS | PARA PERSONAS QUE REPORTAN ESTUDIAR ACTUALMENTE (PERSONAS DE 4 AÑOS Y MÁS) | | | | PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS | PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS |
| | | | ¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no asiste a un centro de educación inicial (guardería o centro de desarrollo infantil) o no participa de un programa de educación inicial? 1. Prefiere que su madre, padre, otro familiar o alguien de confianza se haga cargo del cuidado. 2. No hay guardería/CDI/programa de educación inicial cerca 3. En la guardería/CDI/programa de educación inicial no había cupos o espacios suficientes. 4. Los horarios de servicio no se ajustan a las necesidades. 5. No se puede pagar el servicio, el servicio (es caro o tiene un costo alto). 6. No sabe si hay guardería/CDI/ programa de educación inicial cerca. 7. Cierre de guardería/CDI/programa de educación inicial a razón de pandemia COVID-19. 8. El servicio es de mala calidad o no brinda la confianza suficiente para hacer uso de el. 9. Otros. | ¿Cuántas horas al día asiste (NOMBRE) al centro de educación inicial (guardería o centro de desarrollo infantil) o participa del programa de educación inicial? 1. Si 2. No (Pase a P227) | Actualmente, ¿(NOMBRE) se encuentra estudiando? 1. Si 2. No (Pase a P227) | Actualmente, ¿Bajo qué modalidad estudia (NOMBRE)? 1. Presencial 2. Semi-presencial 3. Virtual | ¿Alguna persona de su hogar apoya a (NOMBRE) con sus actividades escolares / académicas? 1. Si 2. No (Pase a P227) | ¿Quién apoya principalmente a (NOMBRE) con sus actividades escolares / académicas? 1. Mamá 2. Papá 3. Hermana, prima, tía, abuela u otro familiar mujer 4. Hermano, primo, tío, abuelo u otro familiar hombre 5. Otro persona no familiar mujer 6. Otra persona no familiar hombre | Por iniciativa propia, ¿(NOMBRE) asiste actualmente a algún curso de formación técnica, diplomado, clases de idiomas o algún taller vocacional? 1. Si 2. No |
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | |

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE | EDAD | TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y ACTIVIDADES RELACIONADAS | | | | | | | | | | | | TRABAJO PARA EL AUTOCONSUMO DE BIENES | | | | | |
|-------------|------------------------------|-------|---|--|--------|--|---------|--|--|-------|---------|--|--------|-------|--|--|--------|-------|---------|--|
| | | | 1001 | | | 1002 | | | 1003 | | | 1004 | | | 1005 | | | | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a su trabajo remunerado/ocupación(es) que le genere(n) ingresos? (incluye la modalidad de teletrabajo) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo para trasladarse hacia su trabajo remunerado/ocupación(es) que le genere(n) ingresos? (Pregunta aplica si respondió "código 1" en P1001) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar algún trabajo como pasantía, prácticas profesionales, preparación técnica de un oficio, arte u ocupación (Aprendiz), entre otras, sin recibir pago? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a buscar un trabajo o realizó trámites para iniciar un negocio o actividad por su cuenta? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recolectar productos agrícola silvestres, cuidar la milpa o huerto y/o a la crianza de animales destinado solo para el consumo del hogar? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | | | |
| | | | 1. Si 2. No (Pase a P1003) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1003) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1004) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1005) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1006) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE | EDAD | A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO | | | | | | | | | B) TRABAJO NO REMUNERADO | | | | | |
|-------------|------------------------------|------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|
| | | | 1006 | | | 1007 | | | 1008 | | | 1101 | | | 1102 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recolectar y/o almacenar leña para usar como combustible para cocinar? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a acarrear y/o almacenar agua para el consumo del hogar? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a la construcción, remodelación, ampliación de su hogar? (Construcción total o parcial de muros, paredes, pisos o techos u otra actividad mayor) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cocinar, preparar, calentar y/o servir alimentos y bebidas (para las comidas principales, refrigerio y/o comida para llevar)? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a poner y/o limpiar la mesa y a lavar y/o ordenar los trastes, limpiar la cocina/horno? | | |
| | | | (Pregunta aplica si respondió "código 4" en P320) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | (Incluye tiempo de traslado de material de construcción) | | | (Pase a P1102) | | | (Pase a P1103) | | |
| | | | 1. Si 2. No (Pase a P1007) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1008) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1101) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1102) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1103) | | |
| | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | |
| | | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE | EDAD | LIMPIEZA DE VIVIENDA | | | LIMPIEZA Y CUIDADO DE ROPA Y CALZADO | | | MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DEL HOGAR | | | PAGOS Y TRÁMITES DEL HOGAR | | | | | |
|-------------|------------------------------|-------|--|--------|-------|--|--------|-------|--|--------|-------|---|--------|-------|--|--|--|
| | | | 1103 | | | 1104 | | | 1105 | | | 1106 | | | 1107 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar la limpieza general de la vivienda y/o botar, separar o quemar basura? (Cuando aplique, incluye tiempo de mantenimiento a la letrina) (Barrer, trapear, sacudir, lavar baños etc, limpieza externa de la vivienda) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a lavar y/o tender ropa, lustrar o lavar calzado, planchar, remendar y/o guardar su ropa, reparar zapatos suyo y/o de las personas del hogar? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a hacer reparaciones en su vivienda y/o reparar muebles o electrodomésticos del hogar? (Reparaciones: Tapar goteras, arreglo de tuberías, chapas, etc.) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a limpieza, mantenimiento y/o reparar o llevar a reparar el medio de transporte de uso de personas del hogar? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a planificar/organizar el presupuesto del hogar , pagar recibos, realizar trámites bancarios (Se incluye tiempo de trámites en línea/ telefónicos) y/o a la gestión de programas (de ayuda/subsidios) de gobierno? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera) | | |
| | | | 1. Si 2. No (Pase a P1104) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1105) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1106) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1107) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | 1. Si 2. No (Pase a P1108) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMESTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE | EDAD | COMPRAS PARA EL HOGAR | | | | | | | | | | | | PLANTAS Y MASCOTAS | | | CUIDADO Y/O ASISTENCIA A PERSONAS DEL HOGAR CON DEPENDENCIA | | |
|------------------------------|------------------------------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|--|--|---|--|--|
| | | | 1108 | | | 1109 | | | 1110 | | | 1201 | | | 1202 | | | | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a comprar y/o acomodar artículos de primera necesidad (comida, medicinas) para el consumo del hogar en tienda, mercado, supermercado, etc.? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a comprar ropa, zapatos o artículos como electrodomésticos, utensilios, muebles, combustible, etc. para usted o para alguien de su hogar? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar, regar, abonar y/o podar plantas del jardín/patio o a cuidar mascotas? (Alimentar, bañar, llevar a control veterinario, pasear y/o sacar a caminar, etc.) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a dar de comer, bañar/asear, vestir a personas del hogar con dependencia permanente? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a estar pendiente, jugar, leer o conversar con personas del hogar con dependencia permanente? | | | | | |
| | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1109) | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera) 1. Si 2. No (Pase a P1110) | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera) 1. Si 2. No (Pase a P1201) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1202) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1203) | | | | | |
| B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | | | | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|--|--|
| | | | CUIDADO Y/O ASISTENCIA A PERSONAS DEL HOGAR CON DEPENDENCIA PERMANENTE (DE CUALQUIER EDAD) | | | | | | CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS | | | | | | | | |
| | | | 1203 | | | 1204 | | | 1205 | | | 1206 | | | 1207 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a apoyar en tareas escolares y/o a acompañar/trasladar a un centro de educación (escuela o colegio) formal a personas del hogar con dependencia permanente? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar con dependencia permanente? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a acompañar/trasladar para la realización de trámites (legales, financieros u otros) o mandados a personas del hogar con dependencia permanente? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a dar de comer a personas del hogar de 0 a 6 años? (Incluye tiempo de lactancia a menores de 3 años) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a bañar, asear, vestir a personas del hogar de 0 a 6 años? | | |
| (Incluir tiempo de traslados y espera) | | | (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) | | | | | | | | |
| 1. Si 2. No (Pase a P1204) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1205) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1206) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1207) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1208) | | | | | |
| B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS

1208

1209

1210

1211

1212

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a jugar, leer o conversar con personas del hogar de 0 a 6 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a apoyar en tareas escolares o de aprendizaje y/o a trasladar a un centro de educación inicial (guardería o centro de desarrollo integral) a personas del hogar de 0 a 6 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 0 a 6 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a jugar, conversar o leer con miembros del hogar de 7 a 14 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a apoyar en tareas escolares /aprendizaje y/o a acompañar/trasladar a un centro de educación (escuela o colegio) a personas del hogar de 7 a 14 años?

(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)

(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)

1. Si
2. No
(Pase a P1209)

1. Si
2. No
(Pase a P1210)

1. Si
2. No
(Pase a P1211)

1. Si
2. No
(Pase a P1212)

1. Si
2. No
(Pase a P1213)

B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?

B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?

B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?

B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?

B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

N° DE ORDEN

NOMBRE DE INFORMANTE

EDAD

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 15 A 59 AÑOS | | | | | | | | | | | | CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS | | |
|-------------|----------------------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|---|--|--|
| | | | CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1213 | | | 1214 | | | 1215 | | | 1216 | | | 1217 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 7 a 14 años? <small>(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> 1. Si 2. No <small>(Pase a P1214)</small> | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a apoyar en tareas escolares /aprendizaje y/o a acompañar/trasladar a un centro de educación (escuela o colegio) a personas del hogar de 15 a 59 años? <small>(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a acompañar/trasladar para la realización de trámites (legales, financieros u otros) a personas del hogar de 15 a 59 años? <small>(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 15 a 59 años? <small>(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a conversar, escuchar, estar pendiente y/o apoyar en el uso de dispositivos electrónicos a personas del hogar de 60 años y más? <small>(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> | | |
| | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR | | | | | | TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES | | | | | |
|-------------|----------------------|------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| | | | CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS | | | | | | | | | | | |
| | | | APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTAN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS | | | | | | | | | | | |
| | | | 1218 | | | 1219 | | | 1220 | | 1221 | | 1222A | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 60 años y más? (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1219) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a acompañar/trasladar para la realización de trámites legales o financieros a personas del hogar de 60 años y más? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera) 1. Si 2. No (Pase a P1220) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar quehaceres domésticos para otros hogares, sin recibir pago? (Preparar alimentos, limpiar la casa, lavar o planchar de ropa, cuidar mascotas, etc) 1. Si 2. No (Pase a P1221) | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar compras, trámites o reparaciones para otros hogares, sin recibir pago? (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1222A) | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares, sin recibir pago? (dar de comer, administración de medicamentos, acompañar en consultas) 1. Si 2. No (Pase a P1226) | |
| | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | |
| | | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | CÓDIGO | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y VOLUNTARIADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES

TRABAJO NO REMUNERADO EN LA COMUNIDAD

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES | | | | | | | | | | | | TRABAJO NO REMUNERADO EN LA COMUNIDAD | | |
|-------------|----------------------|-------|---|--|--------|---|---------|--|--|-------|---------|--|--------|-------|--|--|--|
| | | | 1222 | | | 1223 | | | 1224 | | | 1225 | | | 1226 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares con dependencia permanente de cualquier edad, sin recibir pago? (Dar de comer, asear, administración de medicamentos, acompañar en consultas) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares de 0 a 14 años, sin recibir pago? (dar de comer, asear, administración de medicamentos, acompañar en consultas) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares de 15 a 59 años, sin recibir pago? (Administración de medicamentos, asear,acompañar en consultas) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares de 60 años y más sin recibir pago? (Administración de medicamentos, asear,acompañar en consultas) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a realizar algún trabajo o actividad para la mejora de su comunidad, colonia/residencia y/o realizó trabajo organizativo de apoyo a su comunidad/colonia/residencia sin recibir pago? | | |
| | | | (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1223) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1224) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1225) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | (Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1226) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1227) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | B) TRABAJO NO REMUNERADO | | | C) ACTIVIDADES PERSONALES | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|--|--|--|
| | | | TRABAJO NO REMUNERADO | | | CUIDADO PERSONAL | | | | | | | | | | | |
| | | | TRABAJO VOLUNTARIO | | | CUIDADO Y NECESIDADES PERSONALES | | | | | | | | | | | |
| | | | 1227 | | | 1301 | | | 1302 | | | 1303 | | | 1304 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar trabajo voluntario en organizaciones sin fines de lucro, agrupaciones y/o colectividades (grupos eclesiales, partidos políticos, etc.) sin recibir pago? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a dormir (Incluyendo siestas)? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a comer? (Incluye el tiempo de comidas principales y refrigerios) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a actividades de aseo y arreglo personal, así como a otras necesidades fisiológicas? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a pasar consulta médica de cualquier especialidad, hacerse exámenes médicos o recibir terapias de rehabilitación? | | |
| 1. Si 2. No (Pase a P1301) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1302) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1303) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1304) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1305) | | | | | |
| B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | C) ACTIVIDADES PERSONALES | | | | | | | | | | | | USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN | | |
|----------------------------------|----------------------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|---|--|--|
| | | | CUIDADO PERSONAL | | | APRENDIZAJE Y ESTUDIO | | | ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL | | | | | | | | |
| | | | CUIDADO Y NECESIDADES PERSONALES | | | ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL | | | ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL | | | ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL | | | USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN | | |
| | | | 1305 | | | 1306 | | | 1307 | | | 1308 | | | 1309 | | |
| | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a rezar, orar o meditar sin hacer ninguna otra actividad en ese momento? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recibir y/o asistir a clases en la escuela/colegio, instituto o universidad? (incluye modalidad virtual) | | | A. El día de ayer ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a estudiar, hacer tareas, investigaciones académicas o alguna otra actividad de estudio? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recibir y/o asistir a cursos de formación, idiomas o algún taller vocacional? (incluye modalidad virtual) (Cursos del INSAFORP, SIRAMA, etc.) (Excluya si fue por motivo de trabajo). | | | A. El día de ayer, sin realizar otra actividad en ese momento, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a leer (libros, revistas y/o periódicos impresos o digitales), ver televisión (películas, series, programas, videos o documentales), escuchar radio (música, podcast, noticias, programas de radio)? | | |
| 1. Si 2. No (Pase a P1306) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1307) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1308) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1309) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1310) | | | | | |
| B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

C) ACTIVIDADES PERSONALES

| N° DE ORDEN | NOMBRE DE INFORMANTE | EDAD | CONVIVENCIA SOCIAL Y ACTIVIDADES RECREATIVAS | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|--|--|--|
| | | | USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN | | | CONVIVENCIA SOCIAL Y RECREACIÓN | | | | | | AFICIONES Y EJERCICIO FÍSICO | | | | | |
| | | | 1310 | | | 1311 | | | 1312 | | | 1313 | | | 1314 | | |
| | | | A. El día de ayer, sin realizar otra actividad en ese momento ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a navegar en internet, revisar su correo electrónico, chatear o revisar redes sociales (whatsapp, facebook, twitter, entre otros) ? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a compartir con familiares, amistades? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) a asistir a celebraciones comunitarias, cívicas, religiosas, culturales, de entretenimiento o deportivos? | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar algún pasatiempo y/o practicar algún arte? (Bordar, tejer, tocar algún instrumento, juegos de mesa, azar, videojuegos, etc.) | | | A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a practicar algún deporte o a realizar alguna actividad física? | | |
| 1. Si 2. No (Pase a P1311) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1312) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1313) | | | 1. Si 2. No (Pase a P1314) | | | 1. Si 2. No | | | | | |
| B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | B. ¿Cuánto tiempo le dedicó? | | | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

Observaciones: _____

- 1. Información confiable
- 2. Información poco confiable
- 3. Información no confiable

CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR ENCUESTADOR/A

NÚMERO DE PERSONAS
QUE CONFORMAN EL
HOGAR

NÚMERO DE PERSONAS
DEL HOGAR MAYORES
DE 12 AÑOS

IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE CAMPO

ENCUESTADOR/A

NOMBRE:

CÓDIGO:

FECHA:

SUPERVISOR/A

NOMBRE:

CÓDIGO:

FECHA:
