



ENCUESTA NACIONAL SOBRE USO DEL TIEMPO 2009
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN OPERATIVA
GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL ENTREVISTADOR(A)



A. IDENTIFICACIÓN

Entidad _____

Nombre del observador _____

Fecha

DIA MES AÑO

B. INSTRUCCIONES

Registra el nombre y clave de la entidad, tu nombre y fecha del día en el cual realizas la observación al entrevistador. En el campo de C. OBSERVACIÓN A LAS ACTIVIDADES DEL ENTREVISTADOR, registra la clave operativa del entrevistador que observas. Circula la respuesta a cada pregunta en el campo correspondiente. En las preguntas donde se te solicite que especifiques o que registres un dato, utiliza los espacios destinados para ello, si este no es suficiente utiliza el espacio de comentarios.

C. OBSERVACIÓN A LAS ACTIVIDADES DEL ENTREVISTADOR

CLAVE:

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
I. Recepción de materiales y documentación				
1.- El entrevistador(a) ¿cuenta con los materiales indispensables para el desarrollo de sus actividades?				
<i>MARCA SOLO UNA OPCIÓN</i>				
Si 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
No 2 ¿POR QUÉ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
II. Identificación de la vivienda seleccionada				
2.- El entrevistador(a) ¿tiene dificultad para identificar en campo la vivienda seleccionada?				
<i>MARCA SOLO UNA OPCIÓN</i>				
Si 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
No 2 PASE A PREG. 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2.1 ¿Qué dificultades tiene en la ubicación en campo de la vivienda seleccionada?				
<i>CRUZA LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDAN A TU RESPUESTA</i>				
El material cartográfico no es legible 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
El material cartográfico no esta actualizado 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
El material cartográfico tiene errores	3	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/>	
No se cuenta con material cartográfico	4	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/>	
No se encontró la vivienda	5	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/>	
El entrevistador no maneja el procedimiento	6	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/>	
Otro (<i>especifique</i>)	7	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="7"/>	
2.2 De acuerdo a la problemática anterior, ¿cómo logra ubicar la vivienda seleccionada?				
<i>MARCA SOLO UNA OPCIÓN</i>				
Preguntando por la dirección de la vivienda	1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	
Preguntando por el jefe de familia	2	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>	
No ubicó la vivienda seleccionada	3	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/>	
Otro (<i>especifique</i>)	4	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/>	
III. Entrevista				
3.- ¿Su presentación la hace de manera adecuada?				
<i>MARCA SOLO UNA OPCIÓN</i>				
Si	1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	
No	2	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>	<i>¿POR QUÉ?</i>
4.- ¿Explica correctamente el motivo de su visita?				
<i>MARCA SOLO UNA OPCIÓN</i>				
Si	1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	
No	2	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>	<i>¿POR QUÉ?</i>
5.- Registra en las preguntas que presenten algún problema en la obtención de la información, el código de origen del mismo, según el número de observación que se trate.				
Códigos de origen del problema:				
1. Redacción de la pregunta				
2. Opciones de respuesta				
3. Instrucciones de llenado				
4. Problemas del sistema				
5. El informante no recuerda información				
6. Otro (<i>especifica en comentarios</i>)				
<i>REGISTRA UN SOLO CÓDIGO POR PREGUNTA, SI ES NECESARIO UTILIZA EL ESPACIO DE COMENTARIOS</i>				
SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS Y EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA				
1.1 ¿De qué material es la mayor parte de las paredes de esta vivienda?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1.2 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
1.3 ¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4.1 ¿Esta vivienda tiene cuarto para cocinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4.2 En el cuarto donde cocinan, ¿también duermen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5.1 ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5.1 ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (no cuente pasillos y baños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6 ¿En esta vivienda tienen agua de ... la red pública dentro de la vivienda?... la red pública fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?... la red pública de otra vivienda? ... una llave pública o hidrante?... una pipa?... un pozo?... un río, arroyo, lago u otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7 ¿Cuántos días a la semana llega el agua a esta vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 ¿El agua llega a esta vivienda ... algunas horas del día? ... todo el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.1 ¿Esta vivienda tiene excusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.2 ¿Este servicio... tiene descarga directa de agua?... le echan agua con cubeta?... ¿No se le puede echar agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.10 ¿Esta vivienda tiene drenaje o desgüe conectado a ... la red pública? ... una fosa séptica?... una tubería que va a dar a una barranca?... una tubería que va a dar a un río, lago o mar?... ¿no tiene drenaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.11 ¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.12 ¿El combustible que más usan para cocinar es ... gas de tanque o cilindro?... gas natural o de tubería?... leña?... carbón?... electricidad?... ¿otro combustible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.13 ¿La basura de esta vivienda... la tiran a un contenedor o depósito?... la recoge un camión o carrito de basura?... la queman?... la entierran?... la tiran en el basurero público?... la tiran en un terreno baldío o en la calle?... la tiran al río, lago, mar o barranca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.14 ¿En esta vivienda tienen... lavadero?... fregadero o tarja?... pileta, tanque o depósito de agua?... medidor de luz?... tanque de gas estacionario?... bomba de agua?... tinaco, cisterna o aljibe?... calentador de agua, (boiler, solar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES EN LA VIVIENDA Y EQUIPAMIENTO DEL HOGAR				
2.1 ¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda, contando a los niños chiquitos y a los ancianos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 ¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para comer, contando el de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
2.4 ¿En este hogar hay personas que paguen por dormir aquí? ... ¿cuántas son?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5 ¿En este hogar hay ... trabajadores(as) domésticos(as) que duerman aquí?, trabajadores(as) domésticos(as) de entrada por salida?, enfermeras(os) o cuidadoras(es) de personas?, ... ¿cuántos son?, ... ¿cuántas horas trabajaron para este hogar la semana pasada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6 ¿En este hogar cuentan con ... línea telefónica fija?, teléfono móvil o celular?, televisión de paga?, internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7 ¿Este hogar cuenta con ... automóvil o camioneta?, estufa de gas o eléctrica?, lavadora automática?, plancha eléctrica?, estéreo, modular, minicomponente, o radiograbadora?, televisión, videocasetera o DVD?, licuadora?, tostador eléctrico?, horno de microondas?, refrigerador?, máquina de coser?, aspiradora?, computadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.1 ¿Este hogar cuenta con lavadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.2 ¿Es automática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
3.1 Número de renglón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 Dígame el nombre de los integrantes de su hogar, empezando por el jefe o la jefa. (Incluya a los niños chiquitos y a los ancianos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 ¿Qué es (<i>NOMBRE</i>) del jefe(a) del hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 (<i>NOMBRE</i>) es hombre ... es mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 ¿Cuántos años cumplidos tiene (<i>NOMBRE</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 ¿(<i>NOMBRE</i>) esta afiliado a los servicios médicos: del Seguro Social o IMSS?... del ISSSTE (federal)?... del Seguro popular o SMNG?... de PEMEX, SEDENA o SEMAR?... del ISSSTE estatal (ISSEMYN, ISSSTEZAC, etc)?... de un seguro médico privado?... de otra institución?... No esta afiliado(a) ... No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 ¿(<i>NOMBRE</i>) Recibe beneficio o apoyo de programas como... Oportunidades?... apoyo alimentario en zonas marginadas o prioritarias?... atención a adultos mayores de 70 años y más?... guardería y estancias infantiles?... leche Liconsa?... despensas del DIF?... desayunos escolares del DIF?... Procampo?... otros programas?... No recibe beneficio o pago... No sabe...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8 Durante el mes pasado, ¿(<i>NOMBRE</i>) recibió ingresos como ayuda de otros hogares, donativos del gobierno o instituciones privadas, beca, jubilación o pensión?... ¿Cuánto recibió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.9 ¿(<i>NOMBRE</i>)... estuvo enfermo durante la semana pasada?... tiene alguna enfermedad crónica que requiera de cuidado especial o continuo? (como artritis, asma, cáncer, etc)... tiene alguna limitación física o mental por la cual requiere de cuidado especial o continuo?... Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
3.10 ¿(NOMBRE) asiste a una estancia o guardería infantil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.11 ¿(NOMBRE) habla alguna lengua indígena o dialecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.12 ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.13 ¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.14 ¿Hasta que año o grado aprobo (NOMBRE) en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.15 ¿Qué estudios le pidieron a (NOMBRE) para ingresar a (RESPUESTA DE 3.14)...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.16 ¿Actualmente (NOMBRE) ... vive con su pareja en unión libre?... está separado(a)?... está divorciado(a)?... es viudo(a)?... está casado(a)?... está soltero(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SECCIÓN IV. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO				
4.1 Durante la semana pasada, ¿usted trabajó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 Aunque ya me dijo que no trabajó, ¿la semana pasada... ayudo a trabajar en las tierras o en un negocio de algún familiar u otra persona?... vendió o hizo algún producto para su venta, realizó trabajos de albañilería, plomería, carpintería, etc.?... realizó actividades agropecuarias como cultivar, criar animales, etc.?... prestó algún servicio a cambio de un pago? (cortar el cabello, dar clases, lavar o planchar ropa ajena)... tenía trabajo, pero estuvo ausente? (huelga, vacaciones, paro técnico, etc.)... Entonces, ¿no trabajó?... Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3 ¿Cuánto tiempo le dedicó a (TRABAJAR O RESPUESTA DE 4.2) ... de lunes a viernes?... sábado y domingo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4 Durante la semana pasada, ¿cuánto tiempo utilizó en trasladarse (ida y vuelta) a (SU TRABAJAR O RESPUESTA DE 4.2) ... de lunes a viernes?... sábado y domingo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5 Entonces, ¿la semana pasada... buscó trabajo?... estuvo esperando para poner un negocio o realizar una actividad por su cuenta, sin poderla iniciar?... rentó o alquiló alguna propiedad?... no realizó alguna actividad económica porque es pensionado o jubilado por su trabajo?... se dedicó a estudiar?... se dedicó a los quehaceres del hogar?... Es una persona con alguna limitación física o mental que le impide trabajar... Estaba en otra situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6 ¿Cuánto tiempo le dedicó la semana pasada... de lunes a viernes?... sábado y domingo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7 ¿En su trabajo o negocio de la semana pasada fue... jornalero(a) o peón?... empleado(a) u obrero(a)?... trabajador(a) por su cuenta? (no contrata trabajadores)... patrón(a) o empleador(a) (contrata trabajadores)... trabajador(a) sin pago en un negocio familiar?... trabajador(a) sin pago en un negocio no familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8 En su(s) trabajo(s) de la semana pasada, ¿tuvo alguna prestación como ... incapacidad con goce de sueldo en caso de enfermedad, accidente o maternidad?... jubilación, pensión o sistema de ahorro para el retiro?... ¿otras prestaciones?... No tiene prestaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
calentó alimentos o bebidas para el desayuno, comida, cena o entre comidas?..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
puso la mesa, sirvió la comida o levantó los platos? 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lavó, secó o acomodó los trastes?..... 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
llevó comida a algún integrante del hogar al trabajo, escuela u otro lugar? 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1	No 2			
limpió o recogió la casa? (recoger u ordenar objetos, tender camas barrer, trapear, sacudir, lavar la cocina, el baño y otros interiores) 1	de lunes a viernes?		sábado y domingo	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
realizó limpieza exterior de la vivienda? (barrer patio, cochera, acera, calle, regar plantas, jardín, cuidar mascotas, etc.) 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
separó, tiró o quemó la basura? 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.5 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1	No 2			
lavó, puso a secar o tendió la ropa? (excluir el tiempo de operación de la máquina) 1	de lunes a viernes?		sábado y domingo	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dobló, separó o acomodó la ropa? 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
planchó la ropa? 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
separó ropa, manteles, cortinas o sábanas?..... 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
llevó o recogió ropa o calzado a algún lugar para su limpieza o reparación? 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
boleó, pintó o limpió el calzado?..... 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.6 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1	No 2			
construyó o hizo una ampliación a su vivienda? 1	de lunes a viernes?		sábado y domingo	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hizo alguna reparación o instalación a su vivienda? 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
supervisó la construcción o reparación de su vivienda? 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
realizó reparaciones de aparatos electrodomésticos, computadora, muebles o juguetes? 4 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
llevó o supervisó la reparación de aparatos electrodomésticos, computadora, muebles o juguetes? 5 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lavó o limpió el automóvil u otro medio de transporte? 6 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
reparó o dio mantenimiento al automóvil u otro medio de transporte?..... 7 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
llevó a lavar dar mantenimiento o reparar el automóvil u otro medio de transporte? 8 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.7 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1 No 2				
hizo las compras para su hogar? (despensa, alimentos, artículos de limpieza, papelería, medicinas y otras compras diarias, semanales o quincenales) 1		de lunes a viernes? Horas Minutos	sábado y domingo Horas Minutos	
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
compró refacciones, herramientas o materiales de construcción? 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
compró trastes, manteles, muebles, juguetes, ropa o calzado? (utensilios, blancos, aparatos eléctricos o electrónicos) 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
compró algún automóvil, terreno, departamento o casa? 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.8 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1 No 2				
realizó pagos o trámites personales o del hogar, así como servicios de la vivienda? (tenencia, predial, agua, luz, teléfono, gas, colegiatura, crédito, préstamo, tanda, caja de ahorro, renta, actas, CURP, pasaporte, denuncias, ordenar o buscar papeles o documentos) 1		de lunes a viernes? Horas Minutos	sábado y domingo Horas Minutos	
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.9 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1 No 2				
llevó las cuentas y los gastos del hogar? 1		de lunes a viernes? Horas Minutos	sábado y domingo Horas Minutos	
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
aplicó medidas de protección para los integrantes del hogar y sus bienes? (cerrar puertas y ventanas, poner candados, encender la alarma, guardar el auto, etc) 2 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
esperó el gas, la pipa de agua, camión de basura u otro servicio? 3 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.10 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1 No 2 de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small>				
le dió de comer a (NOMBRE) o le ayudo a hacerlo? 1 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bañó, aseó, vistió o arregló a (NOMBRE) o le ayudo a hacerlo? 2 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
le administró medicamentos a (NOMBRE), monitoreó o estuvo al pendiente de sus síntomas? 3 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
llevó a (NOMBRE) para recibir atención médica? 4 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
le dió terapia especial a (NOMBRE) o le ayudo a realizar ejercicios? 5 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cuidó o estuvo al pendiente de (NOMBRE) mientras usted hacía otra cosa? 6 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.11 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1 No 2 de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small>				
dió de comer a algún menor de 6 años? 1 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bañó, aseó, vistió o arregló a algún menor de 6 años? 2 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cargó o acostó a un menor de 6 años? 3 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.12 ¿Durante la semana pasada...				
¿Cuánto tiempo le dedicó...				
Sí 1 No 2 de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small>				
llevó o recogió de la guardería o escuela a algún menor de 15 años? 1 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ayudó en las tareas de la escuela a algún menor de 15 años? 2 <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
<p>asistió a juntas, festivales o actividades de apoyo en la guardería o escuela a la que asiste algún menor de 15 años? 3 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p> <p>llevó, acompañó o recogió a algún menor de 15 años para recibir atención médica? .. 4 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p> <p>estuvo al pendiente de algún menor de 15 años mientras usted hacía otra cosa? 5 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>5.13 ¿Durante la semana pasada...</p> <p style="text-align: center;">¿Cuánto tiempo le dedicó...</p> <p>Sí 1 No 2</p> <p>de lunes a sábado y viernes? domingo</p> <p style="text-align: center;"><small>Horas Minutos Horas Minutos</small></p> <p>llevó, acompañó o recogió a algún adulto mayor de 60 años y más para recibir atención médica? 1 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p> <p>estuvo al pendiente de algún adulto de 60 años y más mientras usted hacía otra cosa? 2 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>5.14 ¿Durante la semana pasada...</p> <p style="text-align: center;">¿Cuánto tiempo le dedicó...</p> <p>Sí 1 No 2</p> <p>de lunes a sábado y viernes? domingo</p> <p style="text-align: center;"><small>Horas Minutos Horas Minutos</small></p> <p>llevó, acompañó o recogió a algún integrante del hogar a algún lugar? (no incluya a la escuela y la atención médica) 1 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p> <p>consoló, aconsejó o conversó con algún integrante del hogar? 2 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>5.15 ¿Durante la semana pasada...</p> <p style="text-align: center;">¿Cuánto tiempo le dedicó...</p> <p>Sí 1 No 2</p> <p>ayudó a otro(s) hogar(es) en los quehaceres domésticos de manera gratuita? (preparar alimentos, limpiar o dar mantenimiento a la vivienda, hacer compras, pagos o trámites) .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p> <p>ayudó a otro(s) hogar(es) en el cuidado de personas de manera gratuita? (cuidado de niños, adultos mayores, enfermos crónicos o temporales y personas con limitaciones físicas o mentales) 2 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p> <p>realizó trabajo comunitario o voluntario? (hacer reparación de obras públicas, limpiar calles, mercados, ríos o lagos, plantar árboles, pintar escuelas, solicitar el servicio de alumbrado público, pavimentación, drenaje, apoyo ciudadano a partidos políticos, entre otros) 3 <input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/> <input type="text"/>:<input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
5.16 ¿Durante la semana pasada... ¿Cuánto tiempo le dedicó... Sí 1 No 2 convivió con familiares, amigos o conocidos, asistió a fiestas o atendió visitas? (visitar o recibir a alguien, hablar por teléfono, escribir correspondencia o chatear) 1				
de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
asistió a celebraciones religiosas o cívicas? (misas, oraciones, desfiles, mítines, marchas o fiestas patronales) 2				
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.17 ¿Durante la semana pasada... ¿Cuánto tiempo le dedicó... Sí 1 No 2 asistió a eventos culturales, recreativos o deportivos? (museos, parques, ferias, estadios, exposiciones, cine, teatro, conciertos, etc) 1				
de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.18 ¿Durante la semana pasada... ¿Cuánto tiempo le dedicó... Sí 1 No 2 realizó actividades artísticas o culturales? (tocar un instrumento musical, bailar, pintar o realizar artes plásticas, gráficas, literarias o escénicas) ... 1				
de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
realizó actividades recreativas o de entretenimiento? (videojuegos, juegos de mesa o azar, juegos con mascotas o juguetes) 2				
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.19 ¿Durante la semana pasada... ¿Cuánto tiempo le dedicó... Sí 1 No 2 practicó algún deporte o hizo ejercicio físico? (futbol, basquetbol, natación, box, karate, correr, caminar, patinar, andar en bicicleta, entre otros) 1				
de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.20 ¿Durante la semana pasada... ¿Cuánto tiempo le dedicó... Sí 1 No 2 leyó un libro, revista, periódico u otro material impreso? (excluir si es por trabajo o estudio) 1				
de lunes a viernes? sábado y domingo <small>Horas Minutos Horas Minutos</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vió televisión sin hacer otra actividad? (películas, series, videos, documentales, noticias, novelas, etc) 2				
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad	Resultado de la observación			
	1a.	2a.	3a.	Comentarios
SECCIÓN VI. ACTIVIDADES REALIZADAS POR PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS QUE NO FORMAN PARTE DEL HOGAR Número de renglón del (la) informante <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1 Durante la semana pasada, ¿este hogar recibió apoyo o ayuda de algún familiar, amigo u otra persona que no forma parte del hogar para realizar los quehaceres domésticos, cuidar alguna persona u otro tipo de ayuda sin recibir pago? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si ya registró información en sección I, termine la entrevista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2 Número de renglón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3 Dígame el nombre de la(s) persona(s) que apoyó(aron) a su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4 ¿Qué es (NOMBRE) del jefe(a) del hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5 (NOMBRE) es hombre ... es mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6 ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 ¿(NOMBRE)... realizó los quehaceres domésticos? (preparación de alimentos, limpieza de la vivienda, lavado o planchado de ropa)... hizo algún trámite, dio mantenimiento o cuidó la vivienda?... cuidó niños?... cuidó adultos mayores?... cuidó personas enfermas o con algún tipo de limitación física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- Según tu observación, califica como el entrevistador(a) aplicó y/o manejo el llenado del cuestionario. <i>REGISTRA UN CÓDIGO PARA OBSERVACIÓN</i>				
Muy bien 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Bien 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Regular 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
Deficiente 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
IV. Recuperación de pendientes 7.- A partir del segundo día del levantamiento, solicita al entrevistador(a) el número de viviendas recuperadas el día de tu observación así como el tiempo (en minutos) empleado para dicha recuperación.	Viviendas recuperadas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Tiempo invertido en la recuperación en minutos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
V. Transferencias de información 8.- El entrevistador(a) ¿tiene problemas para transferir información al jefe de entrevistadores?				
Si 1 <i>EXPLICA</i>				
No 2				