

FECHA:

DÍA

MES

AÑO

HORARIO:

(Núm. según programa)

PUERTA:

(Núm. según programa)

MEDIO:

(1. Peatón, 2. Automóviles)

ENTREVISTAS:

(No. de entrevistas en esta hoja)

Entrevista	1. ¿Dónde vive? <i>Where do you live?</i>	2. ¿Qué lugar visitó? <i>What place did you visit?</i>	3. ¿Cuántas personas integran su grupo? <i>How many people are in your group?</i>	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje? <i>What was the main purpose of your trip?</i>	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de México? <i>How long were you along the Mexican border zone?</i>	6. ¿Pasó la noche en México? ¿En dónde? <i>Did you stay the night in Mexico?</i> <i>If so, where?</i>	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de México? <i>How often do you visit the Mexican border zone?</i>	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en México? <i>How much did you and your group spend in Mexico?</i>
1	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> _____ PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
2	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> _____ PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
3	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> _____ PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
4	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> _____ PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:

Entrevista	1. ¿Dónde vive? <i>Where do you live?</i>	2. ¿Qué lugar visitó? <i>What place did you visit?</i>	3. ¿Cuántas personas integran su grupo? <i>How many people are in your group?</i>	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje? <i>What was the main purpose of your trip?</i>	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de México? <i>How long were you along the Mexican border zone?</i>	6. ¿Pasó la noche en México? ¿En dónde? <i>Did you stay the night in Mexico? If so, where?</i>	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de México? <i>How often do you visit the Mexican border zone?</i>	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en México? <i>How much did you and your group spend in Mexico?</i>
5	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ 1. <input type="checkbox"/> DÓLARES PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
6	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ 1. <input type="checkbox"/> DÓLARES PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
7	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ 1. <input type="checkbox"/> DÓLARES PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
8	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ 1. <input type="checkbox"/> DÓLARES PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
9	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ 1. <input type="checkbox"/> DÓLARES PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
10	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	CIUDAD _____ <i>(CITY)</i> ESTADO _____ <i>(STATE)</i>	_____	PLACER <i>(PLEASURE)</i> 1. <input type="checkbox"/> OTROS <i>(OTHER)</i> 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS <i>(VISIT TO RELATIVES OR FRIENDS)</i> 2. <input type="checkbox"/> COMPRAS <i>(SHOPPING)</i> 3. <input type="checkbox"/> _____ (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS <i>(BUSINESS)</i> 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA <i>(MEDICAL CARE)</i> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS <i>(HOURS)</i> 1. _____ DÍAS <i>(DAYS)</i> 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL <i>(YES, HOTEL)</i> 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA <i>(YES, HOME)</i> 3. <input type="checkbox"/> OTRO <i>(OTHER)</i> 4. <input type="checkbox"/> _____ (especifique)	SEMANA <i>(WEEK)</i> 1. _____ MES <i>(MONTH)</i> 2. _____ AÑO <i>(YEAR)</i> 3. _____	_____ 1. <input type="checkbox"/> DÓLARES PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones: