

FECHA:

DÍA

MES

AÑO

HORARIO:

PUERTA:

MEDIO:

(1. Peatón, 2. Automóviles)

ENTREVISTAS:

(No. de entrevistas en esta hoja)

Entrevista	1. ¿Dónde vive?	2. ¿Qué lugar visitó?	3. ¿Cuántas personas integran su grupo?	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje?	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de los Estados Unidos?	6. ¿Pasó la noche en los Estados Unidos? ¿En dónde?	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de los Estados Unidos?	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en este viaje?
1	CIUDAD ESTADO	CIUDAD ESTADO		PLACER VISITA A FAMILIA O AMIGOS COMPRAS TRABAJO O NEGOCIOS ATENCIÓN MÉDICA 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS DÍAS 1. 2.	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA MES AÑO 1. 2. 3.	DÓLARES PESOS Observaciones: 1. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>
2	CIUDAD ESTADO	CIUDAD ESTADO		PLACER VISITA A FAMILIA O AMIGOS COMPRAS TRABAJO O NEGOCIOS ATENCIÓN MÉDICA 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS DÍAS 1. 2.	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA MES AÑO 1. 2. 3.	DÓLARES PESOS Observaciones: 1. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>
3	CIUDAD ESTADO	CIUDAD ESTADO		PLACER VISITA A FAMILIA O AMIGOS COMPRAS TRABAJO O NEGOCIOS ATENCIÓN MÉDICA 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS DÍAS 1. 2.	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA MES AÑO 1. 2. 3.	DÓLARES PESOS Observaciones: 1. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>
4	CIUDAD ESTADO	CIUDAD ESTADO		PLACER VISITA A FAMILIA O AMIGOS COMPRAS TRABAJO O NEGOCIOS ATENCIÓN MÉDICA 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> (especifique) 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	HORAS DÍAS 1. 2.	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA MES AÑO 1. 2. 3.	DÓLARES PESOS Observaciones: 1. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>

Entrevista	1. ¿Dónde vive?	2. ¿Qué lugar visitó?	3. ¿Cuántas personas integran su grupo?	4. ¿Cuál fue el objetivo principal de su viaje?	5. En esta visita, ¿Cuánto tiempo estuvo en la zona fronteriza de los Estados Unidos?	6. ¿Pasó la noche en los Estados Unidos? ¿En dónde?	7. ¿Con qué frecuencia visita la zona fronteriza de los Estados Unidos?	8. ¿Cuál fue el gasto de usted y de su grupo en este viaje?
5	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
6	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
7	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
8	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
9	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones:
10	CIUDAD _____ ESTADO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____	_____	PLACER 1. <input type="checkbox"/> OTROS 6. <input type="checkbox"/> VISITA A FAMILIA O AMIGOS 2. <input type="checkbox"/> _____ COMPRAS 3. <input type="checkbox"/> (especifique) TRABAJO O NEGOCIOS 4. <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA 5. <input type="checkbox"/>	HORAS 1. _____ DÍAS 2. _____	NO 1. <input type="checkbox"/> SÍ, EN HOTEL 2. <input type="checkbox"/> SÍ, EN CASA 3. <input type="checkbox"/> OTROS 4. <input type="checkbox"/> (especifique)	SEMANA 1. _____ MES 2. _____ AÑO 3. _____	_____ DÓLARES 1. <input type="checkbox"/> PESOS 4. <input type="checkbox"/> Observaciones: