



**MIEMBROS DEL HOGAR:** Datos solicitados sobre cada uno de los miembros de su hogar. (Aquellas personas que comen y duermen habitualmente en su hogar)

**SALUD**

Nombre integrante (Puede poner inicial y apellido)	Edad y género	Estado civil	Grupo étnico	¿Están afiliados a algún tipo de seguros de salud?	¿Tienen enfermedades crónicas y tratamientos recetados? ¿Cuáles?	¿Han tenido enfermedades o accidentes médicos en los últimos meses?	¿Han recibido atenciones médicas en los últimos 3 meses?	¿Asisten a controles periódicos por salud (por prevención)?	Si responde que no, ¿Por qué razones no asiste a un médico?	Esta persona ha tenido COVID
1.	.....	.....	.....	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No
2.	.....	.....	.....	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No
3.	.....	.....	.....	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No
4.	.....	.....	.....	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No
5.	.....	.....	.....	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No
6.	.....	.....	.....	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No

**EDUCACIÓN**

Nombre integrante (Mismo orden)	Menor a 5 años: ¿Asisten a escuela, guardería? Si es no, ¿Quién lo cuida en el día?	Entre 5-18 años ¿Asisten actualmente a establecimiento educacionales? Si es no, ¿Por qué no lo hacen?	Sobre 5 años ¿Cuál es el nivel de educación-grado más alto alcanzado?	Sobre 18 años ¿Han participado en capacitaciones/ cursos durante el último año?	Sobre 5 años ¿Con qué frecuencia usan Internet cada uno de los miembros?
1.	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No	Diario-Semanal-Mensual-Anual-No usa
2.	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No	Diario-Semanal-Mensual-Anual-No usa
3.	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No	Diario-Semanal-Mensual-Anual-No usa
4.	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No	Diario-Semanal-Mensual-Anual-No usa
5.	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No	Diario-Semanal-Mensual-Anual-No usa
6.	Sí/No	Sí/No	.....	Sí/No	Diario-Semanal-Mensual-Anual-No usa

**EMPLEO**

Nombre integrante (Mismo orden)	Mayor a 15 años: ¿Tienen trabajo?	Si no tienen trabajo, ¿Están buscando trabajo? Si es no, ¿Por qué razón no están buscando trabajo?	Cotizan algún fondo de pensión	Si es que trabajan ¿Qué tipo de puesto laboral tienen? (empleado, empleador, voluntario u otro)	¿Cuál es el monto de ingresos mensuales por su trabajo principal?	Sólo si aplica ¿Cuál es el monto de ingresos mensuales extra? (intereses, rentas u otro)	¿Reciben ingresos por pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?
1.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	.....	.....	Sí/No
2.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	.....	.....	Sí/No
3.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	.....	.....	Sí/No
4.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	.....	.....	Sí/No
5.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	.....	.....	Sí/No
6.	Sí/No	Sí/No	Sí/No	.....	.....	.....	Sí/No