

**Encuesta de aplicación a Beneficiarias  
Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Folio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**I. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR O CENTRO DE INVESTIGACIÓN		
ESTADO		
MUNICIPIO		
LOCALIDAD		
TAMAÑO DE LA LOCALIDAD	<input type="checkbox"/> 1 a 499 habitantes <input type="checkbox"/> 500 a 2499 habitantes <input type="checkbox"/> 2,500 a 14,999 habitantes	<input type="checkbox"/> 15,000 a 99,999 habitantes <input type="checkbox"/> 100,000 a 499,999 habitantes <input type="checkbox"/> 500,000 o más habitantes

**PRESENTACIÓN**  
Buenos días (tardes), mi nombre es \_\_\_\_\_ y represento a la organización \_\_\_\_\_. Estamos participando con la Secretaría de la Función Pública en un proyecto para vigilar el uso correcto de los recursos del gobierno federal en materia de equidad de género. La información que usted nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales y de salud.

**II. DATOS DE LA CLÍNICA/HOSPITAL/CENTRO DE SALUD**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)      NÚM. EXT.    NÚM. INT.

\_\_\_\_\_  
COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL      CÓDIGO POSTAL

**III. DATOS DE LA ENTREVISTA**

Nombre de la entrevistadora/entrevistador	
Fecha (dd/mm/aa)	
Hora de inicio:	Duración de la entrevista: ____ horas con ____ minutos.
Hora de término:	

**IV. DATOS DEL PROGRAMA**

**a. Atención prenatal (cuando aplique)**

1. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez, después de que supo que estaba embarazada?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  Semanas <input type="checkbox"/>  ____ ____  Meses <input type="checkbox"/> No la revisaron <input type="checkbox"/> Ns/Nc
2. En total, ¿cuántas revisiones le hicieron en este embarazo?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  Revisiones
3. ¿Quién la revisó la mayoría de las veces durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar o promotora de salud <input type="checkbox"/> Partera o comadrona <input type="checkbox"/> Otra persona _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc
4. ¿En dónde la revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Seguro Social (IMSS) <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) <input type="checkbox"/> Clínica u hospital de la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Otros servicios públicos (DIF, etc.) <input type="checkbox"/> Consultorio, clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> Casa de la partera <input type="checkbox"/> En su casa <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sabe

**Encuesta de aplicación a Beneficiarias  
Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Folio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

5. Durante las revisiones de este embarazo....	¿La pesaron?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿La midieron?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le tomaron la presión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le revisaron el abdomen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le hicieron algún ultrasonido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le realizaron examen(es) de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le realizaron examen(es) general(es)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿De orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le aplicaron la vacuna contra el tétanos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le recetaron ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le recomendaron dar el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
	¿Le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ns/Nc
6. ¿Dónde consiguió las medicinas, ácido fólico o complementos vitamínicos recetados?	<input type="checkbox"/> Seguro Social (IMSS) <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) <input type="checkbox"/> Clínica u hospital de la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Otros servicios públicos (DIF, etc.) <input type="checkbox"/> Consultorio, clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> Farmacia o tienda de autoservicio <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No responde			
7. ¿Existe o existió alguno de estos problemas para acceder al servicio durante este embarazo? ( leer las opciones y marcar los señalados por la usuaria)	<input type="checkbox"/> Con el traslado a la clínica <input type="checkbox"/> Para realizarse los análisis clínicos <input type="checkbox"/> Mi pareja se oponía <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Costo del servicio <input type="checkbox"/> Horarios de atención			
8. ¿Durante este embarazo, ¿Ha tuvo usted que trasladarse a la clínica/hospital por alguna de las siguientes complicaciones? (marcar la o las respuestas indicadas por la entrevistada)	<input type="checkbox"/> sangrado vaginal <input type="checkbox"/> hinchazón de piernas y/o cara <input type="checkbox"/> dolor de cabeza, visión borrosa <input type="checkbox"/> lucecitas y zumbido de oídos <input type="checkbox"/> contracciones antes de tiempo <input type="checkbox"/> azúcar en la sangre <input type="checkbox"/> infección en los riñones <input type="checkbox"/> ruptura de la fuente antes de tiempo <input type="checkbox"/> ataques o convulsiones <input type="checkbox"/> hipertensión (presión alta) <input type="checkbox"/> otra complicación? (especifique) _____			
9. Desde el momento en que salió del lugar donde se encontraba, ¿cuántos minutos tardó en llegar a donde la atendieron en este parto?	<input type="checkbox"/>  _____ _____  horas con  _____ _____  minutos <input type="checkbox"/> Sin traslado <input type="checkbox"/> No sabe			
<b>b. Atención del parto (cuando aplique)</b>				
10. Su último parto fue:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por cesárea de emergencia <input type="checkbox"/> Por cesárea programada <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
11. ¿Quién la atendió en el momento del parto?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar o promotora de salud <input type="checkbox"/> Partera o comadrona <input type="checkbox"/> Nadie (ella sola) <input type="checkbox"/> Otra persona (ESPECIFIQUE) _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
12. ¿En el momento del parto, ¿dónde la atendieron?	<input type="checkbox"/> Seguro Social (IMSS) <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) <input type="checkbox"/> Clínica u hospital de la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Otros servicios públicos (DIF, etc.) <input type="checkbox"/> Consultorio, clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> Casa de la partera <input type="checkbox"/> En su casa <input type="checkbox"/> Otro (ESPECIFIQUE) _____ <input type="checkbox"/> NO SABE			

**Encuesta de aplicación a Beneficiarias**  
**Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Folio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

13. Su bebé nació...	<input type="checkbox"/> Con vida <input type="checkbox"/> Sin vida <input type="checkbox"/> Con vida pero falleció
<b>c. Puerperio (cuando aplique)</b>	
14. ¿Cuánto tiempo después del parto la revisaron nuevamente?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  días <input type="checkbox"/>  ____ ____  semanas <input type="checkbox"/>  ____ ____  meses <input type="checkbox"/> No la revisaron <input type="checkbox"/> Ns/Nc
15. Después del parto ¿a qué institución o lugar fue a revisión?	<input type="checkbox"/> Seguro Social (IMSS) <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) <input type="checkbox"/> Clínica u hospital de la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Otros servicios públicos (DIF, etc.) <input type="checkbox"/> Consultorio, clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> Casa de la partera <input type="checkbox"/> En su casa <input type="checkbox"/> Otro (ESPECIFIQUE) _____ <input type="checkbox"/> NO SABE
16. Durante los primeros 40 días después de este parto ¿le ofrecieron algún método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
17. ¿Qué método le ofrecieron? (marcar la o las respuestas que la encuestada indique)	<input type="checkbox"/> Operación femenina o ligadura de trompas <input type="checkbox"/> Operación masculina o vasectomía <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Implante anticonceptivo (subdérmico) <input type="checkbox"/> Dispositivo, DIU o aparato <input type="checkbox"/> Preservativos o condones masculinos <input type="checkbox"/> Óvulos, jaleas o espumas <input type="checkbox"/> Ritmo, calendario o abstinencia periódica <input type="checkbox"/> Retiro o coito interrumpido <input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia o píldora del día después <input type="checkbox"/> Otros. ¿Ha oído hablar de alguna otra forma o método para evitar el embarazo? (_____) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No responde
<b>d. Planificación familiar</b>	
18. ¿Actualmente usted o su pareja están haciendo uso de algún método anticonceptivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
19. ¿Qué están utilizando usted o su pareja para no tener hijos? (marcar la o las respuestas que la encuestada indique)	<input type="checkbox"/> Operación femenina o ligadura de trompas <input type="checkbox"/> Operación masculina o vasectomía <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Implante anticonceptivo (subdérmico) <input type="checkbox"/> Dispositivo, DIU o aparato <input type="checkbox"/> Preservativos o condones masculinos <input type="checkbox"/> Óvulos, jaleas o espumas <input type="checkbox"/> Ritmo, calendario o abstinencia periódica <input type="checkbox"/> Retiro o coito interrumpido <input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia o píldora del día después <input type="checkbox"/> Otros. ¿Ha oído hablar de alguna otra forma o método para evitar el embarazo? (_____) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No responde



**Encuesta de aplicación a Beneficiarias**  
**Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Folio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

30. Usted prefiere ser atendida por:	<input type="checkbox"/> Una doctora <input type="checkbox"/> Un doctor <input type="checkbox"/> Me da igual que sea doctora o doctor <input type="checkbox"/> Ns/Nc
31. Considera que los trámites que tiene que realizar cuando requiere atención son...	<input type="checkbox"/> Aceptables <input type="checkbox"/> Excesivos <input type="checkbox"/> Ns/Nc
32. ¿Se le proporcionó una ficha, carnet o cartilla para registrar sus próximas citas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
33. ¿Cuánto espera normalmente desde que le entregan su ficha hasta que pasa a consulta?	<input type="checkbox"/> Hasta 10 minutos <input type="checkbox"/> Hasta 20 minutos <input type="checkbox"/> Hasta 30 minutos <input type="checkbox"/> Hasta 1 hora <input type="checkbox"/> Hasta 1 hora y media <input type="checkbox"/> Otro tiempo de espera: _____
34. ¿Cuánto tiempo aproximadamente duró su consulta?	<input type="checkbox"/> Hasta 10 minutos <input type="checkbox"/> Hasta 20 minutos <input type="checkbox"/> Hasta 30 minutos <input type="checkbox"/> Hasta 1 hora <input type="checkbox"/> Hasta de 1 hora y media <input type="checkbox"/> Otro tiempo: _____
35. En cada visita, le toman signos vitales (peso, talla, presión arterial, temperatura)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
36. Durante su solicitud de ficha, o durante la consulta, ¿se le solicitó su domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
37. En su última visita, además de atenderla, ¿el personal médico promovió la prueba de Papanicolaou o la autoexploración de mama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
38. ¿Considera que durante la consulta el médico le habló claramente y sin palabras que usted no entendiera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/N
39. ¿El personal médico le da confianza para preguntar dudas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
40. ¿En algún momento el personal médico le planteó la necesidad de integrar a su pareja en la toma de decisiones sobre la utilización de métodos de planificación familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
41. En su opinión, ¿El personal médico toma en cuenta los comentarios que usted hace durante la consulta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
42. Su opinión respecto a la ubicación de la clínica es:	<input type="checkbox"/> Es cercana a mi domicilio <input type="checkbox"/> No es cercana pero es fácil llegar <input type="checkbox"/> Es muy difícil llegar a ella
43. El horario de atención de la clínica le parece	<input type="checkbox"/> Es accesible <input type="checkbox"/> No me permite acudir a consulta sin desatender mi trabajo/hogar <input type="checkbox"/> Ns/Nc
44. ¿Le fue solicitada una cuota de recuperación?	<input type="checkbox"/> Sí, ¿de cuánto? \$ _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
45. ¿Quién le cobro la cuota?	<input type="checkbox"/> En la caja del hospital <input type="checkbox"/> El médico <input type="checkbox"/> La enfermera <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc
46. ¿Le dieron un recibo por la cuota pagada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
47. ¿En qué momento se le informó del costo del servicio?	<input type="checkbox"/> Antes de atenderme <input type="checkbox"/> Después de atenderme <input type="checkbox"/> Al momento de dejar la clínica <input type="checkbox"/> Ns/Nc
48. ¿De qué manera el costo de los servicios afectó su economía familiar?	<input type="checkbox"/> Afectó mucho/un gran sacrificio <input type="checkbox"/> No afectó /lo teníamos contemplado <input type="checkbox"/> Ns/Nc

**VI. GÉNERO**

49. ¿Quién la acompaña a las consultas médicas relacionadas con su embarazo?	<input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Mi pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc
50. Durante las consultas, al momento de dar indicaciones o explicar el diagnóstico, ¿el personal médico se dirige a usted o a su pareja/acompañante?	<input type="checkbox"/> A mí <input type="checkbox"/> A mi acompañante <input type="checkbox"/> Se dirigen a ambos <input type="checkbox"/> Ns/Nc
51. ¿Qué tan frecuentemente su esposo la acompaña a las consultas médicas relacionadas con su embarazo?	<input type="checkbox"/> Siempre/casi siempre <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ns/Nc
52. ¿Su pareja/cónyuge la acompaña a las consultas médicas relacionadas la planificación familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe que asisto a estas consultas <input type="checkbox"/> Ns/Nc

**Encuesta de aplicación a Beneficiarias**  
**Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Folio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

53. En su familia, ¿quién toma la decisión de cuando tener hijos?	<input type="checkbox"/> Yo sola <input type="checkbox"/> Mi pareja <input type="checkbox"/> Mi pareja y yo <input type="checkbox"/> Otro, ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
54. En su familia, quién toma la decisión de qué método anticonceptivo utilizar?	<input type="checkbox"/> Yo sola <input type="checkbox"/> Mi pareja <input type="checkbox"/> Mi pareja y yo <input type="checkbox"/> Otro, ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc			
55. Entre semana ¿Cuántas horas diarias dedica usted a los trabajos de la casa?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  horas dedicadas a trabajos domésticos			
56. En fin de semana ¿Cuántas horas diarias dedica usted a los trabajos de la casa?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  horas dedicadas a trabajos domésticos			
57. ¿Quién le ayuda con los trabajos de la casa?	<input type="checkbox"/> Mis hijos <input type="checkbox"/> Mi pareja o cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Ns / Nc			
58. ¿Qué tanto diría que participa en la toma de decisiones en su familia?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Ns / Nc			
59. ¿Tiene la opción de elegir entre cuidar a sus hijos o trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc			
60. ¿Actualmente tiene empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc			
61. ¿Ha vivido alguna de las siguientes situaciones en su familia?	<input type="checkbox"/> Su pareja/cónyuge no quiere darle dinero para el gasto diario.	No, nunca	Sí, es la situación actual	Sucedía antes
	<input type="checkbox"/> Las tareas de la casa las hacen sólo las mujeres			
	<input type="checkbox"/> No se permite estudiar a las mujeres o se da preferencia a los varones sobre las mujeres para continuar estudiando.			
62. ¿Depende económicamente de alguien?	<input type="checkbox"/> Sí, de mi pareja o cónyuge <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro, de mi alguien más que no es mi pareja/cónyuge (especifique): _____			
63. ¿Tiene acceso a algún tipo de crédito bancario, tarjeta de crédito o similar?	<input type="checkbox"/> Crédito bancario <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Otro tipo de crédito ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No tiene acceso <input type="checkbox"/> Ns/Nc			

**VII. TRANSPARENCIA**

64. ¿Le han condicionado de alguna forma (dinero, voto, etc.) para recibir el servicio?	<input type="checkbox"/> Sí, ¿De qué forma? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc
65. ¿Ha detectado alguna irregularidad en el funcionamiento de la clínica/hospital?	<input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc
66. Si tuviera alguna queja o comentario sobre la clínica/hospital o sobre la atención que le brindan, ¿sabe donde presentarla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc
67. ¿Dónde?	<input type="checkbox"/> Gobierno estatal <input type="checkbox"/> Secretaría de la Función Pública <input type="checkbox"/> Órgano Interno de Control del IMSS/Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Ante las autoridades municipales <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ns / Nc
68. Desde que participa en el Programa, ha solicitado información al IMSS/Secretaría de Salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc
69. ¿Le proporcionaron dicha información?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc
70. ¿Sabe si funciona un Comité de Contraloría Social en esta clínica/hospital?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 73) <input type="checkbox"/> Ns/Nc
71. ¿Sabe cuantas personas participan en el Comité?	<input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuántas?  ____ ____  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
72. ¿Participa usted en dicho Comité?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
73. ¿Sabe si el Comité de Contraloría Social ha hecho alguna evaluación a la Guardería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc

**Encuesta de aplicación a Beneficiarias  
Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Folio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**VIII. DATOS SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS**

74. ¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada/ Unión Libre <input type="checkbox"/> Separada/Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Ns / Nc
75. ¿Cuántos años tiene?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  años
76. En total, ¿cuántos hijos tiene?	<input type="checkbox"/>  ____ ____  hijos <input type="checkbox"/> Ninguno
77. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda? <i>Incluyendo a la encuestada</i>	<input type="checkbox"/>  ____ ____  personas en la vivienda
78. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	<input type="checkbox"/> Sin instrucción básica <input type="checkbox"/> Primaria inconclusa <input type="checkbox"/> Primaria terminada <input type="checkbox"/> Secundaria inconclusa <input type="checkbox"/> Secundaria terminada <input type="checkbox"/> Hasta preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad o más <input type="checkbox"/> Ns/ Nc
79. ¿Pertenece usted a un grupo indígena?	<input type="checkbox"/> Sí, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
80. ¿Habla alguna lengua indígena o dialecto?	<input type="checkbox"/> Sí, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc
81. Actualmente, ¿Cuál es su ocupación?	<input type="checkbox"/> Empresaria/Comerciante <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> En busca de empleo <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Ns/Nc
82. En total, ¿cuánto gana al mes por su trabajo o actividad?	<input type="checkbox"/> \$1 y \$ 400 <input type="checkbox"/> Entre \$401 y \$800 <input type="checkbox"/> Entre \$ \$801 y \$1,500 <input type="checkbox"/> Entre \$1,501 y \$4,500 <input type="checkbox"/> Entre \$4,501 y \$9,000 <input type="checkbox"/> Más de \$9,000 <input type="checkbox"/> No recibe ingresos <input type="checkbox"/> Ns/Nc
83. ¿Qué porcentaje diría que aporta usted al ingreso familiar?	<input type="checkbox"/> Todo <input type="checkbox"/> La mitad <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> Menos de la mitad <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Ns / N
84. ¿Le gustaría hacer una queja o denuncia?	<input type="checkbox"/> Sí ( <i>encuestador: capturar la queja/denuncia en el formato correspondiente</i> ) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns / Nc

Encuestó \_\_\_\_\_ Validó \_\_\_\_\_