

# ESCA continua

## Oleada 6

1<sup>er</sup> semestre de 2013

## Cuestionario general

### Población de 15 años y más

14/01/2013

Oleada	6	Semestre 1 - 2013
Número de cuestionario		
Municipio		
GTS		
Región Sanitaria		
Distrito (sólo Barcelona)		
Fecha de la entrevista		
Hora de inicio		
Tipo de cuestionario		

### SECRETO ESTADÍSTICO

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar una estadística oficial.

La administración y los funcionarios que utilicen esta información están obligados, por ley, al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial.

Todos los ciudadanos, entidades e instituciones están obligados por ley a proporcionar la información que se solicita y esta información tiene que ser completa y verídica.

(Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23/1998 de 30 de diciembre, de estadística de Cataluña)



## A. Sexo y fecha de nacimiento

*Para todas las personas entrevistadas*

1. Anotar el sexo de la persona entrevistada

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento completa, día, mes y año?

Día   Mes   Año

## C. Cobertura sanitaria

*Para todas las personas entrevistadas*

34. ¿Tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de las entidades que le leeré a continuación? **LEER**

*Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares y las de federaciones deportivas.*

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Aliança, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro sanitario privado, pagado por su empresa (SANITAS, ASISA, la Aliança, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tiene ningún seguro sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra situación. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

35. Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente? **LEER**

*Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas.*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No ha utilizado ninguno ► pasar a la pregunta 37                     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Servicio Catalán de la Salud   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria             |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Médicos particulares   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼                               |

36. ¿Qué grado de satisfacción tiene con estos servicios sanitarios que ha utilizado más frecuentemente durante los últimos 12 meses?

- |   |                          |                    |
|---|--------------------------|--------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy satisfecho/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Satisfecho/a       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Insatisfecho/a     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy insatisfecho/a |

## D. Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación le haremos unas preguntas referidas a su estado de salud

37. ¿Cómo diría usted que es su salud en general? *LEER*

- |   |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Excelente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Buena     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Mala      |

38. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa sin ropa?

,  kilos

39. Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mide sin zapatos?

,  centímetros

108. Durante la semana pasada ¿cuántas horas ha dormido diariamente, como media?

----- horas

40a1. **Diga qué afirmaciones describen mejor su estado de salud en el día de hoy.** *LEER POR GRUPOS DE RESPUESTAS DE 5 EN 5*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para caminar        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para caminar     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para caminar |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para caminar    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede caminar                       |

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para lavarse o vestirse        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para lavarse o vestirse     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para lavarse o vestirse |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para lavarse o vestirse    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede lavarse o vestirse                       |

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para hacer sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer las tareas del hogar o actividades de ocio) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para hacer sus actividades cotidianas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para hacer sus actividades cotidianas   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para hacer sus actividades cotidianas  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede hacer sus actividades cotidianas   |

- |   |                          |                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene dolor ni malestar      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar leve     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar moderado |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar fuerte   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar extremo  |

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No está ansioso/a ni deprimido/a            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está levemente ansioso/a o deprimido/a      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está moderadamente ansioso/a o deprimido/a  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy ansioso/a o deprimido/a            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Está extremadamente ansioso/a o deprimido/a |

40b. Nos puede indicar, en esta escala que parece un termómetro, su opinión sobre su estado de salud en general en el día de hoy. El 100 representa el mejor estado de salud imaginable y el 0 el peor estado de salud imaginable.

Encuestador/a: mostrar el termómetro y dejar el lápiz para que la persona entrevistada marque la cruz

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 20px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>Su estado de salud HOY</b></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Marcar con una cruz en el termómetro su estado de salud en el día de hoy</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; font-size: small;">Mejor estado de salud imaginable</div> <div style="text-align: center;"> <p>100</p> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">Peor estado de salud imaginable</div>		
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Puntuación</td> <td style="width: 80px; height: 30px;"></td> </tr> </table>	Puntuación		
Puntuación			

Ahora le haré una pregunta muy parecida a otra anterior...

37b. ¿Cómo diría usted que es su salud en general? *LEER*

- |   |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Buena     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mala      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy mala  |

## E. Morbilidad crónica y accidentes

*Para todas las personas entrevistadas*

41. ¿Tiene usted alguna enfermedad o problema de salud crónico?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

42. ¿Nos podría decir si padece o ha padecido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré? *LEER*

	1. Si	2. No
1. Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alergias crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Migraña o dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dolor de espalda crónico cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Artrosis, artritis o reumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.1. Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Artritis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. Tendinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4. Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Problemas de próstata ( <i>sólo hombres</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Incontinencia urinaria (pérdidas involuntarias de orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Almorranas/hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Úlcera de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Problemas crónicos de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Depresión / ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otros trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Embolia/apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Otras enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Otro trastorno crónico. <i>Especificar...</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas que haremos seguidamente tratan sobre accidentes que hayan provocado alguna RESTRICCIÓN en sus actividades habituales y/o que hayan requerido ASISTENCIA SANITARIA.

43. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido algún accidente como.....? *LEER*

44. En caso afirmativo, ¿cuántas veces le ha ocurrido en los últimos 12 meses?

	43. Accidentes últimos 12 meses		44. Número de veces
	1. Sí	2. No	
1. Caídas de un nivel más alto que otro (caídas de una escalera, de una silla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Caídas en un mismo nivel (caídas a ras de suelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Intoxicaciones (excluye intoxicación alimenticia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
6. Accidentes de tráfico como conductor/a o pasajero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7. Accidentes de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
8. Mordeduras o agresiones de origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9. Cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
10. Otro. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

*Si no ha tenido ningún accidente*

► *pasar a la pregunta 46a*

45. ¿Dónde tuvo lugar el accidente? *Si ha tenido más de uno, referirse al último*

1	<input type="checkbox"/>	Dentro de casa
2	<input type="checkbox"/>	En la empresa o puesto de trabajo
3	<input type="checkbox"/>	En un desplazamiento durante la jornada laboral
4	<input type="checkbox"/>	En la escuela o centro de formación
5	<input type="checkbox"/>	En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o del centro de formación
6	<input type="checkbox"/>	En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)
7	<input type="checkbox"/>	En un centro deportivo
8	<input type="checkbox"/>	En otro sitio de esparcimiento
9	<input type="checkbox"/>	En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼

## F. Consumo de medicamentos

*Para todas las personas entrevistadas*

46a. De la siguiente lista, ¿qué medicamentos ha tomado durante los últimos DOS días (ayer y/o antes de ayer)? *LEER. En caso afirmativo, ¿le ha sido recetado por el médico/a para este caso concreto, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?*

	1. No	2. Sí Recetado por el médico/a para este caso concreto	3. Sí Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí Por iniciativa propia
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tranquilizantes, sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicamentos para la tos o el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos (penicilina u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicamentos para la tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Medicamentos para el colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicamentos para problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medicamentos para el estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicamentos para la osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Anticonceptivos ( <i>sólo mujeres</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicamentos homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otro medicamento. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G. Salud mental

*Para todas las personas entrevistadas*

47. Las preguntas siguientes se refieren a problemas que ha podido tener durante los últimos 30 días. Por favor, escoja la respuesta que más se acerque a lo que siente o ha sentido recientemente

1. ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		mejor que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
3. ¿Ha sentido que juega un papel útil en la vida?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más útil que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos útil que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos útil que habitualmente
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente
5. ¿Se ha notado constantemente cargado/a y en tensión?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más capaz que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	igual que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos capaz que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos capaz
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
11. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	1 <input type="checkbox"/>	No		en absoluto
	2 <input type="checkbox"/>	No	Sí	no más que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		Sí	un poco más que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		Sí	mucho más que habitualmente
12. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	1 <input type="checkbox"/>	Sí		más que habitualmente
	2 <input type="checkbox"/>	Sí	No	aproximadamente lo mismo que habitualmente
	3 <input type="checkbox"/>		No	menos que habitualmente
	4 <input type="checkbox"/>		No	mucho menos que habitualmente



## H. Limitaciones, discapacidades y autonomía personal

*Para todas las personas entrevistadas*

48. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente hace habitualmente?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, gravemente limitado/a              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitado/a pero no gravemente      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitado/a ► pasar a la pregunta 50 |

49. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta limitación?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 meses               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 meses y menos de 1 año |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y menos de 5 años      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 y menos de 10 años     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Más de 10 años                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Siempre                        |

50. Las preguntas siguientes tienen por objeto concretar si tiene alguna limitación grave o discapacidad que le afecte de manera permanente para realizar sus actividades cotidianas

	1. Sí	2. No
1. ¿Tiene alguna limitación grave en la vista, que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna limitación grave del oído, de manera que no puede seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alguna limitación grave para hablar, por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que hace que los demás tengan dificultades para entender lo que usted dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguna limitación grave de comunicación para escribir o leer –exceptuando las personas analfabetas o con problemas de visión– o para utilizar y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Por problemas físicos de movilidad, tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado/a de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene problemas para caminar, de manera que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene otras limitaciones importantes de movimiento, como mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 escalones- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene dificultades graves para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, diálisis, dieta estricta, etc.) que le impiden hacer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene dificultades graves para hacer las actividades del cuidado del hogar y otras actividades cotidianas como comprar, cocinar, hacer el trabajo doméstico, administrar dinero o telefonar sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. ¿A causa de un problema de salud, necesita la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, regularmente  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, a veces   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necesita ayuda ► pasar a la pregunta 60 (si tiene 60 años o más) o a la pregunta 61 (si tiene 59 años o menos) |

**Sólo para las personas que necesitan ayuda o compañía para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana  
(han contestado 1 o 2 a la pregunta 53)**

56. En relación con las actividades para las que necesita apoyo, ¿de quién recibe ayuda principalmente? *No leer.*

- |    |                          |   |                          |
|----|--------------------------|---|--------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No recibe ayuda de nadie  | ► pasar a la pregunta 58 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | De la pareja  |                          |
| 3  | <input type="checkbox"/> | De otros familiares descendentes ( <i>hijo/a, nuera/yerno, etc.</i> ) |                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | De otros familiares ascendentes ( <i>padre/madre, etc.</i> )          |                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | De otros familiares ( <i>hermano/a, cuñado/a, etc.</i> )              |                          |
| 6  | <input type="checkbox"/> | De vecinos/as o conocidos/as  |                          |
| 7  | <input type="checkbox"/> | De personas contratadas particularmente                               |                          |
| 8  | <input type="checkbox"/> | De personal de los servicios sociales                                 |                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | De voluntarios y miembros de asociaciones de ayuda                    |                          |
| 10 | <input type="checkbox"/> | De otra persona. <i>Especificar</i> ▼                                 |                          |

57. Esta persona de la que recibe ayuda principalmente, ¿es hombre o mujer?

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

58. A causa de su situación, ¿durante el último año ha sido visitado/da en su domicilio por algún profesional sanitario (médico/a, enfermero/a...)? *En caso afirmativo, ¿de manera habitual u ocasional?*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (semanal o mensualmente) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera ocasional                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No  |

59. A causa de su situación, ¿durante el último año ha sido visitado/da en su domicilio por algún asistente social o trabajador social? *En caso afirmativo, ¿de manera habitual u ocasional?*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (semanal o mensualmente) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera ocasional                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No  |

## I. Prácticas preventivas

*Sólo para personas de 60 años y más*

60. ¿Se pone la vacuna de la gripe (es una inyección) de forma regular cuando empieza el otoño?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

*Para todas las personas entrevistadas*

61. ¿Se toma la tensión (presión arterial) periódicamente?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

62. ¿Se revisa el nivel de colesterol en la sangre periódicamente?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

*Sólo para MUJERES*

63. ¿Se hace una mamografía (radiografía de la mama) periódicamente?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► pasar a la pregunta 66

64. ¿Cuándo se hizo la última mamografía?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hace menos de un año             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 1 años y (menos de) 2 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 2 años y (menos de) 3 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace 3 años o más                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No lo recuerda                   |

65. ¿La última mamografía se la hizo a través .....?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Del Programa de detección precoz del cáncer de mama (RECIBÍÓ UNA CARTA) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Del ginecólogo/a del Servicio Catalán de la Salud                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De un seguro privado a cargo de la mutua obligatoria                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De un seguro privado concertado individualmente o por su empresa        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De un médico/a privado  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼   |

66. ¿Se hace una citología vaginal (Papanicolau) periódicamente?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se ha hecho nunca una citología vaginal |

► pasar a la pregunta D16

► pasar a la pregunta D16

109. ¿Cuándo se hizo la última citología vaginal?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hace menos de un año             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 1 año y (menos de) 2  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Hace entre 2 años y (menos de) 3 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace 3 años o más                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No lo recuerda                   |

## Q. Apoyo social

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación le leeré unas frases relacionadas con su vida social y el apoyo afectivo que recibe de otras personas.

D16. . Valore de 1 a 5 si tiene tanto como desearía (5) o menos de lo que desearía (1). **MOSTRAR TARJETA**

	Mucho menos de lo que desea			Tanto como desea	
	1	2	3	4	5
1. Recibe vivitas de sus amigos y familiares					
2. Recibe ayuda en temas relacionados con su casa					
3. Recibe elogios y reconocimientos cuando hace bien su trabajo					
4. Tiene personas que se preocupan de lo que le pasa					
5. Recibe amor y afecto					
6. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en casa					
7. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares					
8. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos					
9. Tiene invitaciones para distraerse y salir con otras personas					
10. Recibe consejos útiles cuando le pasa algo importante en la vida					
11. Recibe ayuda cuando está enfermo/a en la cama					

## J. Estilos de vida: alimentación y actividad física

*Para todas las personas entrevistadas*

67. ¿Cuántas raciones de fruta y/o verdura come usted diariamente?

raciones diarias

68. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces ha hecho las siguientes comidas?

	1 Cada día	2 De 4 a 6 veces	3 De 1 a 3 veces	4 Nunca
1. Desayunar antes de salir de casa o cuando se levanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Almorzar a media mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. De las posibilidades que ahora le leeré, indique cuál describe mejor la actividad física que desarrolla habitualmente. **LEER**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Está sentado/a durante la mayor parte de la jornada   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está de pie la mayor parte de la jornada, sin desplazarse                                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Su actividad no requiere un esfuerzo físico importante, pero se desplaza a pie frecuentemente |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Hace una actividad que requiere un esfuerzo físico importante                                 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼  |

70. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días ha caminado al menos 10 minutos seguidos?

días durante los últimos 7 días      Si no ha caminado ningún día      ► pasar a la pregunta 72

71. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como promedio, ha caminado cada día que lo ha hecho?

minutos / día

72. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días ha realizado alguna actividad física o deportiva VIGOROSA en el TIEMPO DE OCIO durante al menos 10 minutos seguidos? *Ejemplos: fútbol, básquet, hockey, squash, artes marciales, montañismo, atletismo, ciclismo de competición, natación de competición o similares*

días durante los últimos 7 días      Si no ha hecho ninguna actividad vigorosa      ► pasar a la pregunta 74

73. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como promedio, ha realizado una actividad vigorosa cada día que lo ha hecho?

minutos / día

74. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días ha realizado alguna actividad física o deportiva MODERADA en el TIEMPO DE OCIO, al menos 10 minutos seguidos? *Ejemplos: ir en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, tenis, natación, patinaje, golf, baile, yoga o similares*

días durante los últimos 7 días      Si no ha hecho ninguna actividad moderada      ► pasar a la pregunta RAF1

75. ¿Cuántos minutos aproximadamente, o como promedio, ha realizado una actividad moderada cada día que lo ha hecho?

minutos / día

**RAF1. ¿Le ha indicado alguna vez su médico o enfermera que debe hacer actividad física, en concreto que debe de andar al menos 30 minutos varios días a la semana?**

- |   |                          |                                      |
|---|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, y lo hago en la actualidad       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, pero no lo hago en la actualidad |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No                                   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                                |

## K. Estilos de vida: tabaco y alcohol

*Para todas las personas entrevistadas*

81. De las siguientes situaciones, ¿Cuál describe mejor su comportamiento respecto al tabaco? (incluye cigarrillos, puros y pipas)  
LEER

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Actualmente no fuma nada                                  |                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. Actualmente fuma ocasionalmente (menos de una vez al día) | ► pasar a la pregunta 83 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. Actualmente fuma cada día                                 | ► pasar a la pregunta 76 |

82. Antes, ¿fumaba usted? LEER

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No ha fumado nunca  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Había fumado menos de una vez al día durante 6 meses o más    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Había fumado menos de una vez al día durante menos de 6 meses |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Había fumado diariamente durante 6 meses o más                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Había fumado diariamente durante menos de 6 meses             |

*Sólo para personas EXFUMADORAS, FUMADORAS OCASIONALES Y NO FUMADORAS que trabajan*

83. ¿Tiene usted algún compañero/a u otras personas que fumen cerca de usted en su puesto de trabajo, de manera que le llega el humo del tabaco?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí                                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No                                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. No procede (no trabaja o trabaja solo/a) |

*Para todas las personas EXFUMADORAS, FUMADORAS OCASIONALES Y NO FUMADORAS*

84. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de su casa? (sin contar la persona entrevistada si es fumadora ocasional)

personas

85. Fuera de casa o del puesto de trabajo, ¿cuánto tiempo al día, de promedio, pasa en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días laborables?

86. ¿Y durante los fines de semana?

	1. Ninguno	2. Menos de 1 hora	3. De 1 a 4 horas	4. Más de 4 horas
1. Días laborables, de lunes a jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fin de semana, viernes + sábado + domingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Para todas las personas entrevistadas*

Ahora le haré unas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses

76. Durante el último año, y pensando sólo en los días laborables (de lunes a jueves), ¿con qué frecuencia ha consumido.....? *LEER*

77. [En caso afirmativo] En un día laborable en que ha bebido....., ¿cuántas consumiciones ha tomado habitualmente?

	76. Frecuencia consumo días laborables							77 Número habitual de consumiciones (total diario)
	1 Ningún día laborable	2 Menos de un día laborable al mes	3 De uno a 3 días laborables al mes	4 Un día laborable a la semana	5 2 días laborables a la semana	6 3 días laborables a la semana	7 Todos los días laborables	
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Carajillos, vermut, chupitos y licores afrutados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, aguardientes, combinados y similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

78. Durante el último año, y pensando sólo en los fines de semana (viernes, sábado y domingo), ¿con qué frecuencia ha consumido.....? *LEER*

79. [En caso afirmativo] En un fin de semana en que ha bebido....., y contando el consumo TOTAL de viernes, sábado y domingo, ¿cuántas consumiciones ha tomado habitualmente?

	78. Frecuencia consumo fines de semana						79 Número habitual de consumiciones (total fin de semana)
	1 Nunca	2 Menos de un fin de semana al mes	3 Un fin de semana al mes	4 2 fines de semana al mes	5 3 fines de semana al mes	6 Todos los fines de semana	
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vino, cava o similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Carajillos, vermut, chupitos y licores afrutados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, aguardientes, combinados y similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

80. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más consumiciones de bebidas alcohólicas en una única ocasión de consumo?

1	<input type="checkbox"/>	Diariamente
2	<input type="checkbox"/>	Tres o 4 veces a la semana
3	<input type="checkbox"/>	Una o 2 veces a la semana
4	<input type="checkbox"/>	De una a 3 veces al mes
5	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes
6	<input type="checkbox"/>	Nunca

## L. Visitas médicas durante los últimos 12 meses y 15 días

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas siguientes tratan de los contactos con los servicios sanitarios, como las visitas a médicos/as u otros profesionales sanitarios o sociosanitarios, o las estancias en un hospital

87. En los últimos 12 meses, ¿le ha visitado alguno de los siguientes profesionales sanitarios o sociosanitarios a causa de su salud?  
LEER

	1. Sí	2. No
1. Médico/a de medicina general o de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (óptico/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Sólo mujeres</i> Ginecólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Médico/a de otra especialidad ( <i>alergología, aparato digestivo, dermatología, cirugía, reumatología, traumatología, endocrinología, otorrinolaringología, nefrología, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretamente, ha sido visitado por un Oftalmólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatólogo/a y/o traumatólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Sólo mujeres</i> Comadrón/ona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Profesionales de las medicinas complementarias ( <i>homeópata, naturista, acupuntor/a...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otro profesional. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿le ha visitado un profesional sanitario o sociosanitario a causa de su salud?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

89. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿ha hecho alguna consulta a un profesional farmacéutico a causa de su salud?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

107. Si sospechase que tiene un ataque de corazón, ¿qué haría? *NO leer las respuestas*

1	<input type="checkbox"/>	Esperar a ver si se pasa.
2	<input type="checkbox"/>	Telefonar a un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, etc.).
3	<input type="checkbox"/>	Ir a un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, etc.).
4	<input type="checkbox"/>	Ir a urgencias de un hospital.
5	<input type="checkbox"/>	Telefonar a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.).
6	<input type="checkbox"/>	Solicitar ayuda a un familiar, vecino, amigo, etc.
7	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificarla</i> ▼



**Para todas las personas entrevistadas****NC1. Durante los últimos 15 días ¿ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?**

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No -----> Pasar a la pregunta 90 |

**NC2. ¿Por qué motivo no solicitó atención sanitaria?**

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Pérdida de horas de trabajo                   |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Miedo a perder el trabajo                     |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Incapacidad física para desplazarse           |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Problemas de transporte                       |
| 5  | <input type="checkbox"/> | No resuelven su problema de salud             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Tener que cuidar un hijo o un enfermo en casa |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Le han dado hora de visita para más adelante  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | No era suficientemente grave                  |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Lo resolvió en la farmacia                    |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Tiene otros remedios curativos                |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Problemas económicos                          |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Otro motivo. <i>Especificar</i> ▼             |

## M. Atención primaria

*Para todas las personas entrevistadas*

90. ¿Hay algún médico de cabecera o centro al que suele acudir cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud?

- |   |                          |                             |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta 97 |

Las preguntas siguientes se refieren a este médico/a o centro

91. ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico/a?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servicio Catalán de la Salud (sistema público)                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Médico/a particular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

92. El centro o lugar donde le atiende este médico/a es...

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, ....) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un centro de especialidades médicas                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un consultorio de médico/a particular                   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un hospital   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | La escuela, colegio o instituto                         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. Especificar ▼                               |

93. Aproximadamente, ¿cuántas veces ha ido a este médico/a en los últimos 12 meses?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	veces
----------------------	----------------------	----------------------	-------

96. A continuación le haré unas preguntas sobre su médico/a de cabecera o centro donde suele ir cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud. Por favor indique la MEJOR respuesta posible. LEER LAS POSIBLES RESPUESTAS

	1 Sí, sin duda	2 Es probable que sí	3 Es probable que no	4 No, en absoluto	5 No lo sabe No recuerda
1. Cuando tiene un problema de salud nuevo, ¿va a su médico/a o centro antes de ir a otro sitio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando su centro está <i>abierto</i> y usted se pone enfermo/a, ¿le visita alguien de allí el mismo día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando su centro está <i>abierto</i> , ¿le pueden aconsejar rápidamente por teléfono si es preciso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando su centro está cerrado, ¿hay un número de teléfono al que puede llamar cuando está enfermo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando va a su centro, ¿le atiende siempre el mismo médico/a o enfermero/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si tiene alguna pregunta, ¿puede hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que mejor le conoce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su médico/a sabe qué problemas son más importantes para usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Después de ir al especialista, ¿su médico/a habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su centro dispone de un servicio de asesoramiento para problemas de salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Recomendaría su médico/a o centro a un amigo o familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. Atención especializada

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas siguientes se refieren a la última visita realizada durante los últimos 12 meses a un médico/a especialista o centro de especialidades

97. ¿Cuál ha sido el último especialista\* que le ha visitado durante los últimos 12 meses?

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> No le ha visitado ningún especialista durante los 12 últimos meses ► pasar a la pregunta 104 |
| <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> Alergología  |
| <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> Aparato digestivo  |
| <input type="checkbox"/> 3  | <input type="checkbox"/> Cardiología  |
| <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> Cirugía  |
| <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> Dermatología   |
| <input type="checkbox"/> 6  | <input type="checkbox"/> Endocrinología   |
| <input type="checkbox"/> 7  | <input type="checkbox"/> Nefrología   |
| <input type="checkbox"/> 8  | <input type="checkbox"/> Neurología   |
| <input type="checkbox"/> 9  | <input type="checkbox"/> Oftalmología   |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología   |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> Neumología   |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> Reumatología   |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> Traumatología  |
| <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> Urología   |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> Otra especialidad. Especificar ▼   |

\*No incluye ítems 1 a 5 y 14 a 21 de la pregunta 87.

98. ¿Quién le ha indicado la [última] visita a este médico/a especialista?

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> El médico/a de cabecera                        |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> El mismo especialista (en una visita anterior) |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Otro especialista                              |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Ha ido por decisión propia                     |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Otra situación. Especificar ▼                  |

99. ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico/a especialista?

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Al Servicio Catalán de la Salud (sistema público)                         |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> A un seguro sanitario privado a cargo de una mutua obligatoria            |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> A un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Médico/a particular   |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Otra posibilidad. Especificar ▼   |

100. El centro o lugar donde atiende este médico/a especialista es...

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, ....) |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Un hospital (consultas externas)                        |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Un centro de especialidades médicas (CAPII o CAE)       |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Un consultorio de un médico/a privado.                  |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Otro sitio. Especificar ▼                               |

102. En esta última visita, ¿le habían hecho previamente alguna prueba diagnóstica como análisis de sangre, radiografía, ecografía, TAC, resonancia, endoscopia, etc.?

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Sí                           |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> No ► pasar a la pregunta 104 |

103. ¿Quién solicitó esta prueba?

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> El médico/a de cabecera        |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> El mismo médico/a especialista |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Otro especialista              |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Otra situación. Especificar ▼  |

## O. Atención de urgencias y hospitalizaciones

*Para todas las personas entrevistadas*

104. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido visitado/da o ha consultado un servicio de urgencias?

veces

► Si la respuesta es 0 pasar a la pregunta 106

**La pregunta siguiente se refiere a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses**

105. ¿Dónde le visitaron o hizo la consulta?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un hospital público  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privado  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un Centro de atención primaria o Centro de atención continuada (ambulatorio) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la consulta de un médico/a o centro privado                                  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼   |

106. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a en un hospital como mínimo una noche? *Se incluye si ha permanecido más de 24 horas en urgencias.*

veces

## Campaña

### LOS SEGUNDOS CUENTAN... SALVA UNA VIDA. Llama al 112

*Para todas las personas entrevistadas*

**ESC1. ¿Conoce esta campaña? MOSTRAR EL TRIPTICO "¿DOLOR EN EL PECHO?. LLAMA AL 112" en el momento de hacer la pregunta, NO ANTES, y dar un ejemplar del tríptico a la persona entrevistada.**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No -----► Pasar a la pregunta 3 (B. Contexto familiar y datos sociodemográficos) |

**ESC2. ¿Dónde la ha visto? Leer las posibilidades de respuesta.**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, etc.) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un centro de especialidades médicas                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En un consultorio médico particular                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un hospital   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En una farmacia  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro lugar. <i>Especificarlo</i> ▼                      |

## B. Contexto familiar y datos sociodemográficos

*Para todas las personas entrevistadas*

3. ¿Cuántas personas viven en esta casa de manera habitual? *Incluyendo a la persona entrevistada*

personas

Si la persona vive sola ► pasar a la pregunta 7

*Las preguntas siguientes se han de formular a cada uno de los miembros del hogar. ANOTAR las respuestas en la tabla adjunta*

4. ¿Cuál es el parentesco de cada una de estas personas con la persona de referencia del hogar?

- |                                    |              |                         |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1. Persona de referencia del hogar | 5. Abuelo/a  | 9. Suegro/a             |
| 2. Hijo o hija                     | 6. Nieto/a   | 10. Yerno o nuera       |
| 3. Esposo/a o pareja               | 7. Hermano/a | 11. Otros familiares    |
| 4. Padre o madre                   | 8. Cuñado/a  | 12. Otros no familiares |

5. Cada una de estas personas, ¿es hombre o mujer?

1. Hombre
2. Mujer

6. ¿Qué edad tiene cada una de estas personas?

Miembros del hogar	Persona entrevistada	4. Parentesco	5. Sexo	6. Edad	7. Discapacitado/a	8. Cuidador/a principal en el hogar
Miembro 1	<input type="checkbox"/>	1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación especial por el hecho de sufrir alguna limitación, discapacidad o dependencia para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana?

1. Sí
2. No

*Sólo para personas que no viven solas*

3b. Teniendo en cuenta a todas la personas que viven habitualmente en su hogar, ¿cuál sería la estructura familiar de su hogar?

1	<input type="checkbox"/>	Matrimonio o pareja sin hijos
2	<input type="checkbox"/>	Matrimonio o pareja con hijos
3	<input type="checkbox"/>	Monoparental: padre o madre con hijos y sin pareja
4	<input type="checkbox"/>	Dos o más personas sin relación de parentesco entre ellas
5	<input type="checkbox"/>	Hogar con dos o más núcleos
6	<input type="checkbox"/>	No clasificable

*Sólo para las personas que viven con personas discapacitadas, menores de 15 años y/o de 65 años y más.*  
*Anotar la respuesta en la tabla adjunta*

8. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas discapacitadas o con limitaciones que viven en el hogar? *LEER*  
*Marcar la respuesta en la tabla que hay a continuación y en la tabla familiar cuando halla convivencia en el mismo hogar.*

9. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas menores de 15 años (no discapacitadas)? *LEER*

10. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas de 65 años y más (no discapacitadas)? *LEER*

	8. Personas del hogar discapacitadas	Personas del hogar no discapacitadas	
		9. Menores de 15 años	10. Personas de 65 años y más
1. Usted solo/a (la persona entrevistada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usted, compartiendo con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Usted, compartiendo con otra persona que no es su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usted, compartiendo con una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra persona del hogar que no es su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ellas mismas (no requieren atención especial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los servicios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otra situación. . Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Para todas las personas entrevistadas*

11. En su hogar, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

1	<input type="checkbox"/>	Usted solo/a (la persona entrevistada)
2	<input type="checkbox"/>	Su pareja
3	<input type="checkbox"/>	Usted, compartiendo con su pareja
4	<input type="checkbox"/>	Usted, compartiendo con otra persona que no es su pareja
5	<input type="checkbox"/>	Usted, compartiendo con una persona contratada
6	<input type="checkbox"/>	Otra persona del hogar que no es su pareja
7	<input type="checkbox"/>	Una persona contratada
8	<input type="checkbox"/>	Los servicios sociales
9	<input type="checkbox"/>	Otra situación. Especificar ▼

12. ¿Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica usted a las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc., durante un día laborable?

horas / un día laborable

13. ¿Y durante el fin de semana?

horas / un fin de semana completo (sábado y domingo)

14. ¿Nos podría decir cuál es su estado civil (legal)?

1	<input type="checkbox"/>	Soltero/a
2	<input type="checkbox"/>	Casado/a
3	<input type="checkbox"/>	Viudo/a
4	<input type="checkbox"/>	Separado/a
5	<input type="checkbox"/>	Divorciado/a

15. ¿Cuál es su nacionalidad?

1	<input type="checkbox"/>	Española
2	<input type="checkbox"/>	Española y otra extranjera
3	<input type="checkbox"/>	Extranjera

Especificar país nacionalidad extranjera

## 16. ¿Dónde nació usted?

- |   |                          |  |                          |                            |
|---|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el mismo municipio de residencia            | ► pasar a la pregunta 18 |                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña                  | ► pasar a la pregunta 18 | Especificar el municipio ▼ |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de España, fuera de Cataluña | ► pasar a la pregunta 18 | Especificar la provincia ▼ |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero                               |                          | Especificar el país ▼      |

*Sólo para personas que han nacido fuera de España*

## 17. ¿En qué año llegó a España?

Año de llegada    
*Para todas las personas entrevistadas*

## 18. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

## 19. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? LEER

- |    |                          |  |                           |
|----|--------------------------|--|---------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  |                           |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses |                           |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 21  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 21  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         | ► pasar a la pregunta 22  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   | ► pasar a la pregunta 22  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              | ► pasar a la pregunta 22  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► pasar a la pregunta 111 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► pasar a la pregunta 111 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          | ► pasar a la pregunta 22  |

*Sólo para personas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 y 2)*

## 20. ¿Qué probabilidad tiene usted de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy probable   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy improbable |

*Sólo para personas que están en situación de paro (pregunta 19, respuestas 3 y 4)*

## 21. ¿Cuánto tiempo lleva parado ininterrumpidamente?

   Meses ► Si la persona en paro tiene prestación económica (pregunta 19, respuesta 3), pasar a la pregunta 110.

*Sólo para personas que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19 respuestas 4,5,6,7 y 10)*

22. Aunque en la actualidad no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes de forma remunerada?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► pasar a la pregunta 27 (si NO es persona de referencia) o 33 (si SÍ es persona de referencia)

*Sólo para personas que están en paro, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19, respuestas 3, 4, 5, 6, 7 y 10)*

110. ¿Por qué motivo dejó o perdió su trabajo?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por motivos de salud                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por motivos familiares                               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por finalización del contrato                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por cambios organizativos o económicos en la empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por despido  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. Especificar ▼                       |

*Sólo para personas que están jubiladas (pregunta 19, respuestas 8 y 9)*

111. ¿En qué año se jubiló?

--	--	--	--

*Sólo para las personas entrevistadas que trabajan o han trabajado con anterioridad*

23. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba)?

--

24. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) en esta empresa?

--

25. ¿En qué situación se encuentra usted en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? LEER

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido                                       |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as                               |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as                                  |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. Especificar ▼                                   |

26. ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? En caso afirmativo, ¿cuántos?

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Si, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Si, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Si, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Si, más de 20 personas  |



**Sólo para las personas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 o 2)****112. ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la mañana (por ejemplo de 8 a 15 horas) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la tarde (por ejemplo de 13 a 21 horas) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la noche                                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificarla ▼                             |

**113. Dentro de la jornada habitual normal, ¿tiene flexibilidad horaria?**

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

**114. ¿Cuántas horas ha trabajado durante la última semana?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------

horas trabajadas en total durante la última semana

**115. En general, ¿se siente satisfecho/a con sus condiciones de trabajo? Leer.**

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Está muy satisfecho/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está satisfecho/a       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está insatisfecho/a     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy insatisfecho/a |

Si la persona entrevistada es la persona de referencia del hogar ► pasar a la pregunta 33

**PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR**

Ahora le haré unas preguntas referidas a la persona de referencia del hogar

**27. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la persona de referencia del hogar?**

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

28. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? [*de la persona de referencia del hogar*]

- |    |                          |  |                          |
|----|--------------------------|--|--------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  | ► pasar a la pregunta 30 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses | ► pasar a la pregunta 30 |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 30 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       |                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         |                          |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   |                          |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              |                          |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► pasar a la pregunta 30 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► pasar a la pregunta 30 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          |                          |

*Sólo para las personas de referencia que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 28, respuestas 4,5,6,7 y 10)*

29. Aunque esta persona [*la persona de referencia del hogar*] no trabaja remuneradamente en la actualidad, ¿había trabajado antes?

- |   |                          |    |                          |
|---|--------------------------|----|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | ► pasar a la pregunta 33 |

*Sólo para las personas de referencia que trabajan o han trabajado con anterioridad*

30. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) [*la persona de referencia del hogar*]?
31. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [*la persona de referencia del hogar*] en esta empresa?
32. [*La persona de referencia del hogar*] ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

*Para todas las personas entrevistadas*

33. Aproximadamente, ¿qué ingresos netos mensuales tienen en esta familia? **MOSTRAR TARJETA O LEER INTERVALOS**

- |   |                          |   |    |                          |   |
|---|--------------------------|---|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No hay ingresos                               | 7  | <input type="checkbox"/> | De 1.501 a 1.800 € (De 250.001 a 300.000 Pts)     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos de 300 € (Menos de 50.000 Pts)          | 8  | <input type="checkbox"/> | De 1.801 a 3.000 € (De 300.001 a 500.000 Pts)     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 301 a 600 € (De 50.001 a 100.000 Pts)      | 9  | <input type="checkbox"/> | De 3.001 a 6.000 € (De 500.001 a 1.000.000 Pts)   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 601 a 900 € (De 100.001 a 150.000 Pts)     | 10 | <input type="checkbox"/> | De 6.001 a 9.000 € (De 1.000.000 a 1.500.000 Pts) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 901 a 1.200 € (De 150.001 a 200.000 Pts)   | 11 | <input type="checkbox"/> | Más de 9.000 € (Más de 1.500.000 Pts)             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | De 1.201 a 1.500 € (De 200.001 a 250.000 Pts) | 88 | <input type="checkbox"/> | No sabe   |

116. En relación al total de ingresos netos mensuales de esta familia, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes? *Mostrar la tarjeta*

- |   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Con mucha dificultad  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Con dificultad        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con cierta dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con facilidad         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Con mucha facilidad   |

## Campaña OBERTAMENT

*Para todas las personas entrevistadas*

CO1. ¿Conoce esta campaña? **MOSTRAR EL PAPEL CON LAS IMÁGENES DE LA CAMPAÑA en el momento de hacer la pregunta.**

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                                |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No -----> Pasar a la pregunta PT1 |

CO2. ¿Dónde la ha visto? **Leer las posibilidades de respuesta.**

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el metro                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un diario                          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En la televisión                      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En Internet                           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En un anuncio en la calle             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro lugar. <b>Especificarlo ▼</b> |

## Peso y altura (medida)

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación mediremos su peso y su altura.

PT1. Peso. **Anotar el peso de la persona, descalza y con ropa ligera.**

,  Kg

PT2. Altura. **Anotar la altura de la persona, descalza, redondeando al ½ centímetro más próximo.**

,  Cm 0,5

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta de salud de Cataluña ya se han acabado.

**Muchas gracias por su colaboración**

## P. FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)

200. Hora de finalización de la entrevista

		,		
--	--	---	--	--

201. Duración total de la entrevista en minutos

--	--

 minutos

202. Titular o sustituto/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular	
2	<input type="checkbox"/>	Sustituto núm. <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

203. Motivo por el que se ha utilizado el cuestionario indirecto

0	<input type="checkbox"/>	No se ha utilizado cuestionario indirecto	► pasar a la pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacidad permanente de la unidad muestral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal de la unidad muestral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona mayor con dificultades	
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menores de 15 años	
6	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. Especificar ▼	

204. La persona seleccionada, ¿estaba presente durante la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Se encontraba presente durante la entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Se encontraba en el domicilio, pero en otra habitación
3	<input type="checkbox"/>	No estaba en el domicilio

205. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Catalán
2	<input type="checkbox"/>	Castellano
3	<input type="checkbox"/>	Catalán y castellano combinados
4	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. Especificar ▼

206. La persona entrevistada, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad
Catalán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207. Presencia de terceras personas durante la entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores	5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)
2	<input type="checkbox"/>	Pareja	6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares
3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre	7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos
4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)	8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)

208. Valora del 0 (muy poco) al 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Al interés en responder la encuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

209. ¿Hay alguna pregunta cuya respuesta puede ser poco fiable? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

Pregunta / apartado    Pregunta / apartado    Pregunta / apartado    Pregunta / apartado    Pregunta / apartado

--	--	--	--	--

210. Lugar de realización de la entrevista

- |   |                          |                                  |   |
|---|--------------------------|----------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (puerta)               |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (interior)             |   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Puesto de trabajo                | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar                    | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Calle o exterior del domicilio   | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. <i>Especificar</i> ▼ | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |

--

211. Tipo de vivienda donde vive la persona entrevistada

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos con ascensor    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos sin ascensor    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar adosada          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar entre medianeras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aislada          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo. <i>Especificar</i> ▼   |

212. ¿En qué planta vive?

--	--

--

213. ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

214. ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

215. ¿Cómo definiría, a primera vista, el nivel de habitabilidad y salubridad de la vivienda donde vive la persona entrevistada?

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Correcto       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Deficiente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Muy deficiente |

216. Observaciones

--

217. Encuestador/a

--

*Únicamente cuando la persona entrevistada es la persona seleccionada en primer lugar, es decir, como titular. Se excluyen los sustitutos/as*

218. La persona seleccionada ha recibido la carta del Departamento de Salud donde se le informaba que había sido seleccionada para responder el cuestionario de la Encuesta de Salud de Catalunya?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ns/Nc |

# ESCA continua

## Oleada 6

1<sup>er</sup> semestre de 2013

### Cuestionario indirecto

Población de 15 años y más

28/12/2012

Oleada	6	Semestre 1 - 2013
Número de cuestionario		
Municipio		
GTS		
Región Sanitaria		
Distrito (sólo Barcelona)		
Fecha de la entrevista		
Hora de inicio		
Tipo de cuestionario		

#### SECRETO ESTADÍSTICO

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar una estadística oficial.

La administración y los funcionarios que utilicen esta información están obligados, por ley, al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial.

Todos los ciudadanos, entidades e instituciones están obligados por ley a proporcionar la información que se solicita y esta información tiene que ser completa y verídica.

(Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23/1998 de 30 de diciembre, de estadística de Cataluña)



## A. Sexo y fecha de nacimiento

Las preguntas que le haremos a continuación se referirán siempre a ..... [NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA]. Así pues, usted nos contestará en NOMBRE de esta persona, aunque también le pediremos información sobre las personas con las que vive.

1. Anotar el sexo de la persona seleccionada, es decir de ..... [NOMBRE]

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento completa (día, mes y año) de..... [NOMBRE]?

Día   Mes   Año

### *Personas informadores que NO viven en el hogar*

Ahora le haré unas preguntas a usted (preguntas referidas a la persona informadora)

A. Anotar el sexo de la persona informadora sin preguntarlo

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

B. ¿Qué edad tiene usted?

años

C. ¿Qué relación tiene usted con ..... [NOMBRE]? ¿Usted es..... de ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Esposo/a o pareja                     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hijo/a                                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Yerno/nuera                           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Madre/padre                           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro familiar. <i>Especificar</i> ▼   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Tutor o responsable no familiar       |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona de los servicios sociales |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Una persona contratada                |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otra relación. <i>Especificar</i> ▼   |

## C. Cobertura sanitaria

*Para todas las personas entrevistadas*

34. .... [NOMBRE] ¿tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de las entidades que le leeré a continuación? **LEER**  
Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares y las de federaciones deportivas.

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Aliança, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro sanitario privado, pagado por su empresa (SANITAS, ASISA, la Aliança, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tiene ningún seguro sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra situación. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente? **LEER**  
Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas.

1	<input type="checkbox"/>	No ha utilizado ninguno
2	<input type="checkbox"/>	Servicio Catalán de la Salud
3	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria
4	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa
5	<input type="checkbox"/>	Médicos particulares
5	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. Especificar ▼

## D. Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud

*Para todas las personas entrevistadas*

A continuación le haremos unas preguntas referidas al estado de salud de .... [NOMBRE]

37. ¿Cómo diría usted que es la salud en general de .... [NOMBRE]? **LEER**

1	<input type="checkbox"/>	Excelente
2	<input type="checkbox"/>	Muy buena
3	<input type="checkbox"/>	Buena
4	<input type="checkbox"/>	Regular
5	<input type="checkbox"/>	Mala

38. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa .... [NOMBRE] sin ropa?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	kilos
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	-------

39. Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mide .... [NOMBRE] sin zapatos?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	centímetros
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	-------------

108. Durante la semana pasada ¿cuántas horas ha dormido diariamente, como media..... [nombre]?

..... horas



40a1. **Diga qué afirmaciones describen mejor el estado de salud de ..... [NOMBRE] en el día de hoy. LEER POR GRUPOS DE RESPUESTAS DE 5 EN 5**

1	<input type="checkbox"/>	No tiene problemas para caminar
2	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas leves para caminar
3	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas moderados para caminar
4	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas graves para caminar
5	<input type="checkbox"/>	No puede caminar
1	<input type="checkbox"/>	No tiene problemas para lavarse o vestirse
2	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas leves para lavarse o vestirse
3	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas moderados para lavarse o vestirse
4	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas graves para lavarse o vestirse
5	<input type="checkbox"/>	No puede lavarse o vestirse
1	<input type="checkbox"/>	No tiene problemas para hacer sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer las tareas del hogar o actividades de ocio)
2	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas leves para hacer sus actividades cotidianas
3	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas moderados para hacer sus actividades cotidianas
4	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas graves para hacer sus actividades cotidianas
5	<input type="checkbox"/>	No puede hacer sus actividades cotidianas
1	<input type="checkbox"/>	No tiene dolor ni malestar
2	<input type="checkbox"/>	Tiene dolor o malestar leve
3	<input type="checkbox"/>	Tiene dolor o malestar moderado
4	<input type="checkbox"/>	Tiene dolor o malestar fuerte
5	<input type="checkbox"/>	Tiene dolor o malestar extremo
1	<input type="checkbox"/>	No está ansioso/a ni deprimido/a
2	<input type="checkbox"/>	Está levemente ansioso/a o deprimido/a
3	<input type="checkbox"/>	Está moderadamente ansioso/a o deprimido/a
4	<input type="checkbox"/>	Está muy ansioso/a o deprimido/a
5	<input type="checkbox"/>	Está extremadamente ansioso/a o deprimido/a

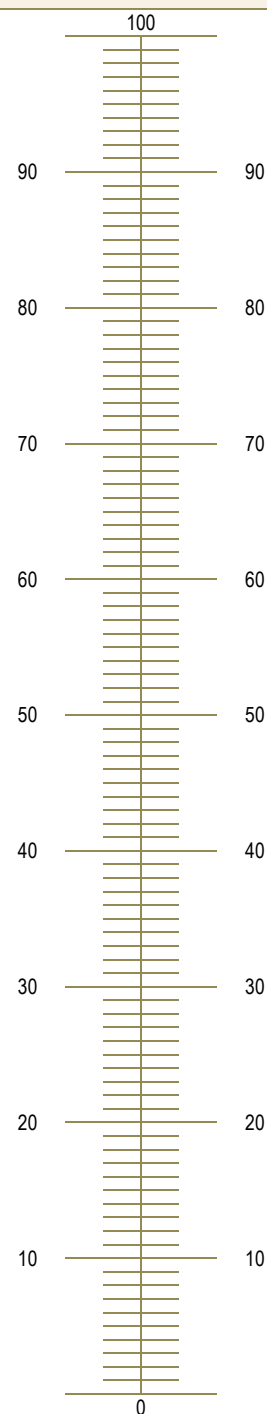
40b. Nos puede indicar, en esta escala que parece un termómetro, su opinión sobre el estado de salud en general de [...NOMBRE] en el día de hoy. El 100 representa el mejor estado de salud imaginable y el 0 el peor estado de salud imaginable. Encuestador/a: mostrar el termómetro y dejar el lápiz para que la persona informadora marque la cruz.

*Estado de salud HOY*

Marcar con una cruz en el termómetro el estado de salud de [...NOMBRE] en el día de hoy

Puntuación

Mejor estado de salud imaginable



Peor estado de salud imaginable

Ahora le haré una pregunta muy parecida a otra anterior...

37b. ¿Cómo diría usted que es la salud de [...NOMBRE] en general? LEER

- |   |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Buena     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mala      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy mala  |

## E. Morbilidad crónica y accidentes

*Para todas las personas entrevistadas*

41. Tiene [...] NOMBRE] alguna enfermedad o problema de salud crónico?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

42. ¿Nos podría decir si ..... [NOMBRE] padece o ha padecido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alergias crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Migraña o dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dolor de espalda crónico cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Artrosis, artritis o reumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.1. Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Artritis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. Tendinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4. Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <i>Sólo hombres</i> Problemas de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Incontinencia urinaria (pérdidas involuntarias de orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Almorranas/hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Úlcera de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Problemas crónicos de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Depresión / ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otros trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Embolia/apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Otras enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Otro trastorno crónico. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas que haremos seguidamente tratan sobre accidentes que ha tenido ..... [NOMBRE] que le hayan provocado alguna RESTRICCIÓN en sus actividades habituales y/o que hayan requerido ASISTENCIA SANITARIA.

43. ¿Durante los últimos 12 meses ..... [NOMBRE] ha tenido algún accidente como.....? *LEER*

44. caso afirmativo, ¿cuántas veces le ha ocurrido en los últimos 12 meses?

	43. Accidentes últimos 12 meses		44. Número de veces
	1. Sí	2. No	
1. Caídas de un nivel más alto que otro (caídas de una escalera, de una silla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Caídas en un mismo nivel (caídas a ras de suelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Intoxicaciones (excluye intoxicación alimenticia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Accidentes de tráfico como conductor/a o pasajero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Accidentes de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Mordeduras o agresiones de origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Otro. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Si no ha tenido ningún accidente*

► *pasar a la pregunta 46a*

45. ¿Dónde tuvo lugar el accidente? *Si ha tenido más de uno, hay que referirse al último*

1	<input type="checkbox"/>	Dentro de casa
2	<input type="checkbox"/>	En la empresa o puesto de trabajo
3	<input type="checkbox"/>	En un desplazamiento durante la jornada laboral
4	<input type="checkbox"/>	En la escuela o centro de formación
5	<input type="checkbox"/>	En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o del centro de formación
6	<input type="checkbox"/>	En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)
7	<input type="checkbox"/>	En un centro deportivo
8	<input type="checkbox"/>	En otro sitio de esparcimiento
9	<input type="checkbox"/>	En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼

## F. Consumo de medicamentos

*Para todas las personas entrevistadas*

46a. De la siguiente lista, ¿qué medicamentos ha tomado ..... [NOMBRE] durante los últimos DOS días (ayer y/o antes de ayer)? *LEER*

*En caso afirmativo, ¿le ha sido recetado por el médico/a para este caso concreto, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?*

	1. No	2. Sí Recetado por el médico/a para este caso concreto	3. Sí Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí. Por iniciativa propia
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tranquilizantes, sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicamentos para la tos o el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos (penicilina u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicamentos para la tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Medicamentos para el colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicamentos para problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medicamentos para el estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicamentos para la osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. <i>Sólo para mujeres.</i> Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicamentos homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otro medicamento. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Limitaciones, discapacidades y autonomía personal

*Para todas las personas entrevistadas*

48. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida ..... [NOMBRE] se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente hace habitualmente?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, gravemente limitado/a              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitado/a pero no gravemente      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitado/a ► pasar a la pregunta 50 |

49. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta limitación?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 meses               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 meses y menos de 1 año |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y menos de 5 años      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 y menos de 10 años     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Más de 10 años                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Siempre                        |

50. Las preguntas siguientes tienen por objeto concretar si ..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave o discapacidad que le afecte de manera permanente para realizar sus actividades cotidianas

	1. Sí	2. No
1. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave en la vista, que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave del oído, de manera que no puede seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave para hablar, por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que hace que los demás tengan dificultades para entender lo que dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave de comunicación para escribir o leer –exceptuando las personas analfabetas o con problemas de visión- o para utilizar y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Por problemas físicos de movilidad, ..... [NOMBRE] tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado/a de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿..... [NOMBRE] tiene problemas para caminar, de manera que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿..... [NOMBRE] tiene otras limitaciones importantes de movimiento, como mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 escalones- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, diálisis, dieta estricta, etc.) que le impiden hacer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer las actividades del cuidado del hogar y otras actividades cotidianas como comprar, cocinar, hacer el trabajo doméstico, administrar dinero o telefonar sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. ¿A causa de un problema de salud, necesita [... NOMBRE] la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, regularmente                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, a veces                                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necesita ayuda ► pasar a la pregunta 87 |

**Sólo para las personas entrevistadas que necesitan ayuda o compañía para realizar actividades habituales de la vida cotidiana  
(han contestado 1 o 2 a la pregunta 53)**

D. Es usted la persona que se ocupa principalmente del cuidado de ..... [NOMBRE]? **NO LEER**

- |   |                          |  |   |
|---|--------------------------|--|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, sol/a                                    | ► pasar a la pregunta 58 (incluye con ayuda de otras personas de fuera del hogar) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, con la ayuda de otras personas del hogar | ► pasar a la pregunta 58  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se ocupa habitualmente                    |   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra opción. Especificar ▼                   |   |

56. En relación con las actividades para las que ..... [NOMBRE] necesita apoyo, ¿de quién recibe ayuda principalmente? **NO LEER**

- |    |                          |  |                          |
|----|--------------------------|--|--------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No recibe ayuda de nadie                                     | ► pasar a la pregunta 58 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | De la pareja   |                          |
| 3  | <input type="checkbox"/> | De otros familiares descendentes (hijo/a, nuera/yerno, etc.) |                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | De otros familiares ascendentes (padre/madre, etc.)          |                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | De otros familiares (hermano/a, cuñado/a, etc.)              |                          |
| 6  | <input type="checkbox"/> | De vecinos/as o conocidos/as                                 |                          |
| 7  | <input type="checkbox"/> | De personas contratadas particularmente                      |                          |
| 8  | <input type="checkbox"/> | De personal de los servicios sociales                        |                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | De voluntarios y miembros de asociaciones de ayuda           |                          |
| 10 | <input type="checkbox"/> | De otra persona. Especificar ▼                               |                          |

57. Esta persona de la que recibe ayuda principalmente, ¿es hombre o mujer?

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

58. A causa de la situación de ..... [NOMBRE], ¿durante el último año ha sido visitado/da en su domicilio por algún profesional sanitario (médico/a, enfermero/a...)? *En caso afirmativo, ¿de manera habitual u ocasional?*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (semanal o mensualmente) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera ocasional                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No  |

59. A causa de la situación de ..... [NOMBRE], ¿durante el último año ha sido visitado/da en su domicilio por algún asistente social o trabajador social? *En caso afirmativo, ¿de manera habitual u ocasional?*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (semanal o mensualmente) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera ocasional                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No  |

## L. Visitas médicas durante los últimos 12 meses y 15 días

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas siguientes tratan de los contactos con los servicios sanitarios que ha tenido ..... [NOMBRE], como las visitas a médicos/as u otros profesionales sanitarios o sociosanitarios, o las estancias en un hospital

87. En los últimos 12 meses, ¿le ha visitado a ..... [NOMBRE] alguno de los siguientes profesionales sanitarios o sociosanitarios a causa de su salud? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Médico/a de medicina general o de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (óptico/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Sólo mujeres</i> Ginecólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Médico/a de otra especialidad ( <i>alergología, aparato digestivo, dermatología, cirugía, reumatología, traumatología, endocrinología, otorrinolaringología, nefrología, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretamente, ha sido visitado por un Oftalmólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatólogo/a y/o traumatólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Sólo mujeres</i> Comadrón/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Profesionales de las medicinas complementarias ( <i>homeópata, naturista, acupuntor/a...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otro profesional. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿le ha visitado a ..... [NOMBRE] un profesional sanitario o sociosanitario a causa de su salud?

1	<input type="checkbox"/>	1. Sí
2	<input type="checkbox"/>	2. No

89. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿ha hecho ..... [NOMBRE] alguna consulta a un profesional farmacéutico a causa de su salud?

1	<input type="checkbox"/>	1. Sí
2	<input type="checkbox"/>	2. No



**Para todas las personas entrevistadas****NC1. Durante los últimos 15 días, ¿... [nombre] ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?**

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si                               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No -----> Pasar a la pregunta 90 |

**NC2. ¿Por qué motivo ... [nombre] no solicitó atención sanitaria?**

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Pérdida de horas de trabajo                   |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Miedo a perder el trabajo                     |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Incapacidad física para desplazarse           |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Problemas de transporte                       |
| 5  | <input type="checkbox"/> | No resuelven su problema de salud             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Tener que cuidar un hijo o un enfermo en casa |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Le han dado hora de visita para más adelante  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | No era suficientemente grave                  |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Lo resolvió en la farmacia                    |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Tiene otros remedios curativos                |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Problemas económicos                          |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Otro motivo. Especificar ▼                    |

## M. Atención primaria

*Para todas las personas entrevistadas*

90. ¿Hay algún médico de cabecera o centro al que ..... [NOMBRE] suele acudir cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud?

- |   |                          |                             |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta 97 |

Las preguntas siguientes se refieren a este médico/a o centro

91. ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico/a?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servicio Catalán de la Salud (sistema público)                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Médico/a particular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼                                    |

92. El centro o lugar donde le atiende este médico/a es...

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, ....) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un centro de especialidades médicas                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un consultorio de médico/a particular                   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un hospital   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | La escuela, colegio o instituto                         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. <i>Especificar</i> ▼                        |

93. Aproximadamente, ¿cuántas veces ha ido ..... [NOMBRE] a este médico/a en los últimos 12 meses?

veces

96. A continuación le haré unas preguntas sobre el médico/a de cabecera o el centro al que suele ir ..... [NOMBRE] cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud. Por favor indique la MEJOR respuesta posible. *LEER LAS POSIBLES RESPUESTAS*

	1 Sí, sin duda	2 Es probable que sí	3 Es probable que no	4 No, en absoluto	5 No lo sabe No recuerda
1. Cuando ..... [NOMBRE] tiene un problema de salud nuevo, va a su médico/a o centro antes de ir a otro sitio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando su centro está <i>abierto</i> y ..... [NOMBRE] se pone enfermo/a, le visita alguien de allí el mismo día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando el centro de ..... [NOMBRE] está <i>abierto</i> , le pueden aconsejar rápidamente por teléfono si es preciso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando el centro de ..... [NOMBRE] está cerrado, hay un número de teléfono al que puede llamar cuando está enfermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando ..... [NOMBRE] va a su centro, le atiende siempre el <i>mismo</i> médico/a o enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si ..... [NOMBRE] tiene alguna pregunta, puede hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que mejor le conoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El médico/a de ..... [NOMBRE] sabe qué problemas son más importantes para él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Después de ir al especialista, su médico/a habla habitualmente con ..... [NOMBRE] sobre cómo ha ido la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El centro de ..... [NOMBRE] dispone de un servicio de asesoramiento para problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Recomendaría el médico/a o centro de ..... [NOMBRE] a un amigo o familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. Atención especializada

*Para todas las personas entrevistadas*

Las preguntas siguientes se refieren a la última visita realizada durante los últimos 12 meses por ..... [NOMBRE] a un médico/a especialista o centro de especialidades

97. ¿Cuál ha sido el último especialista que ha visitado a ..... [NOMBRE] durante los últimos 12 meses?

- |   |                          |  |    |                          |                      |    |                          |                                  |
|---|--------------------------|--|----|--------------------------|----------------------|----|--------------------------|----------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | No le ha visitado ningún especialista durante los 12 últimos meses ► pasar a la pregunta 104 |    |                          |                      |    |                          |                                  |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Alergología  | 6  | <input type="checkbox"/> | Endocrinología       | 11 | <input type="checkbox"/> | Neumología                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Aparato digestivo  | 7  | <input type="checkbox"/> | Nefrología           | 12 | <input type="checkbox"/> | Reumatología                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Cardiología  | 8  | <input type="checkbox"/> | Neurología           | 13 | <input type="checkbox"/> | Traumatología                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Cirugía  | 9  | <input type="checkbox"/> | Oftalmología         | 14 | <input type="checkbox"/> | Urología                         |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Dermatología   | 10 | <input type="checkbox"/> | Otorrinolaringología | 15 | <input type="checkbox"/> | Otra especialidad. Especificar ▼ |

\*No incluye ítems 1 a 5 y 14 a 21 de la pregunta 87.

98. ¿Quién le ha indicado a ..... [NOMBRE] la [última] visita a este médico/a especialista?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El mismo especialista (en una visita anterior) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Otro especialista                              |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Ha ido por decisión propia                     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                  |

99. ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico/a especialista?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servicio Catalán de la Salud (sistema público)                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado a cargo de una mutua obligatoria            |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Médico/a particular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

100. El centro o lugar donde atiende este médico/a especialista es...

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, ....) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un hospital (consultas externas)                        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un centro de especialidades médicas (CAP II o CAE)      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un consultorio de un médico/a privado.                  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. Especificar ▼                               |

102. En esta última visita, ¿le habían hecho previamente a ..... [NOMBRE] alguna prueba diagnóstica como análisis de sangre, radiografía, ecografía, TAC, resonancia, endoscopia, etc.?

- |   |                          |                              |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta 104 |

103. ¿Quién solicitó esta prueba?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El mismo médico/a especialista |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Otro especialista              |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼  |

## O. Atención de urgencias y hospitalizaciones

*Para todas las personas entrevistadas*

104. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido visitado/a ..... [NOMBRE] o ha consultado un servicio de urgencias?

veces

► Si la respuesta es 0 pasar a la pregunta 106

La pregunta siguiente se refiere a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses realizada por ..... [NOMBRE]

105. ¿Dónde le visitaron o hizo la consulta?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un hospital público  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privado  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un Centro de atención primaria o Centro de atención continuada (ambulatorio) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la consulta de un médico/a o centro privado                                  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼   |

106. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a ..... [NOMBRE] en un hospital como mínimo una noche? Se incluye si ha permanecido más de 24 horas en urgencias

veces

## B. Contexto familiar y datos sociodemográficos

*Para todas las personas entrevistadas*

3. ¿Cuántas personas viven con ..... [NOMBRE] en esta casa de manera habitual? Incluyendo a la persona seleccionada y, si vive en el hogar, la persona informadora

personas

Si la persona vive sola

► pasar a la pregunta 11

*Las preguntas siguientes se han de formular a cada miembro del hogar donde vive ..... [NOMBRE]. ANOTAR las respuestas en la tabla adjunta*

4. ¿Cuál es el parentesco de cada una de estas personas con la persona de referencia del hogar? ► señalar en la tabla

- |                                    |              |                         |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1. Persona de referencia del hogar | 5. Abuelo/a  | 9. Suegro/a             |
| 2. Hijo o hija                     | 6. Nieto/a   | 10. Yerno o nuera       |
| 3. Esposo/a o pareja               | 7. Hermano/a | 11. Otros familiares    |
| 4. Padre o madre                   | 8. Cuñado/a  | 12. Otros no familiares |

5. Cada una de estas personas, ¿es hombre o mujer? ► señalar en la tabla

1. Hombre
2. Mujer

6. ¿Qué edad tiene cada una de estas personas? ► señalar en la tabla

Miembros del hogar	Persona entrevistada	4. Parentesco	5. Sexo	6. Edad	7. Discapacitado/a	8. Cuidador/a principal en el hogar
Miembro 1	<input type="checkbox"/>	1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación especial por el hecho de sufrir alguna limitación, discapacidad o dependencia para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana?

1. Sí ► señalar en la tabla de qué miembro/s del hogar se trata
2. No

*Sólo para personas que no viven solas*

3b. Teniendo en cuenta a todas las personas que viven habitualmente en su hogar, ¿cuál sería la estructura familiar de su hogar?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Matrimonio o pareja sin hijos                             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Matrimonio o pareja con hijos                             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Monoparental: padre o madre con hijos y sin pareja        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Dos o más personas sin relación de parentesco entre ellas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hogar con dos o más núcleos                               |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No clasificable   |

**Sólo para las personas que viven con personas discapacitadas, menores de 15 años y/o de 65 años y más.**

**Anotar la respuesta en la tabla adjunta**

8. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas discapacitadas o con limitaciones que viven en el hogar de..... [NOMBRE]? **LEER**

Marcar la respuesta en la tabla que hay a continuación y en la tabla familiar cuando halla convivencia en el mismo hogar.

9. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas menores de 15 años (no discapacitadas) que viven en el hogar de..... [NOMBRE]? **LEER**

10. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas de 65 años y más (no discapacitadas) que viven en el hogar de..... [NOMBRE]? **LEER**

	8. Personas del hogar discapacitadas	Personas del hogar NO discapacitadas	
		9. Menores de 15 años	10. De 65 años y más
1. .... [NOMBRE] sol/a (persona seleccionada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La pareja de..... [NOMBRE]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. .... [NOMBRE], compartiendo con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. .... [NOMBRE], compartiendo con otra persona que no es su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. .... [NOMBRE], compartiendo con una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra persona del hogar que no es la pareja de..... [NOMBRE]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ellas mismas (no requieren atención especial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los servicios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otra situación. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Para todas las personas entrevistadas**

11. En el hogar de ..... [NOMBRE], ¿quién se ocupa principalmente de las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

1	<input type="checkbox"/>	..... [NOMBRE] sol/a (persona seleccionada)
2	<input type="checkbox"/>	La pareja de..... [NOMBRE]
3	<input type="checkbox"/>	..... [NOMBRE], compartiendo con su pareja
4	<input type="checkbox"/>	..... [NOMBRE], compartiendo con otra persona que no es su pareja
5	<input type="checkbox"/>	..... [NOMBRE], compartiendo con una persona contratada
6	<input type="checkbox"/>	Otra persona del hogar que no es la pareja de..... [NOMBRE]
7	<input type="checkbox"/>	Una persona contratada
8	<input type="checkbox"/>	Los servicios sociales
9	<input type="checkbox"/>	Otra situación. <i>Especificar</i> ▼

12. ¿Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica ..... [NOMBRE] a las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc., durante un día laborable?

horas / un día laborable

13. ¿Y durante el fin de semana?

horas / un fin de semana completo (sábado y domingo)

14. ¿Cuál es el estado civil (legal) de ..... [NOMBRE]?

1	<input type="checkbox"/>	Soltero/a
2	<input type="checkbox"/>	Casado/a
3	<input type="checkbox"/>	Viudo/a
4	<input type="checkbox"/>	Separado/a
5	<input type="checkbox"/>	Divorciado/a

15. ¿Qué nacionalidad tiene ..... [NOMBRE]?

1	<input type="checkbox"/>	Española
2	<input type="checkbox"/>	Española y otra extranjera
3	<input type="checkbox"/>	Extranjera

*Especificar país nacionalidad extranjera*

16. ¿Dónde nació ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |  |                          |                            |
|---|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el mismo municipio de residencia            | ► pasar a la pregunta 18 |                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña                  | ► pasar a la pregunta 18 | Especificar el municipio ▼ |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de España, fuera de Cataluña | ► pasar a la pregunta 18 | Especificar la provincia ▼ |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero                               |                          | Especificar el país ▼      |

*Sólo para las personas entrevistadas que han nacido fuera de España*

17. ¿En qué año llegó ..... [NOMBRE] a España?

Año de llegada    *Para totes les persones entrevistades*

18. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados de ..... [NOMBRE]?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

19. ¿Cuál es la situación laboral principal actual de ..... [NOMBRE]?

- |    |                          |  |                           |
|----|--------------------------|--|---------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  |                           |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses |                           |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 21  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 21  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         | ► pasar a la pregunta 22  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   | ► pasar a la pregunta 22  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              | ► pasar a la pregunta 22  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► pasar a la pregunta 111 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► pasar a la pregunta 111 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          | ► pasar a la pregunta 22  |

*Sólo para personas entrevistadas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 y 2)*

20. ¿Qué probabilidad tiene ..... [NOMBRE] de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy probable   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy improbable |

*Sólo para personas entrevistadas que están en situación de paro (pregunta 19, respuestas 3 y 4)*

21. ¿Cuánto tiempo lleva parado ininterrumpidamente ..... [NOMBRE]?

   meses ► Si la persona en situación de paro tiene prestación económica (preg. 19 respuesta 3) pasar a la pregunta 110

*Sólo para las personas entrevistadas que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19 respuestas 4,5,6,7 y 10)*

22. Aunque en la actualidad ..... [NOMBRE] no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes de forma remunerada?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► pasar a la pregunta 27 (si NO es persona de referencia) o 33 (si SÍ es persona de referencia)

*Sólo para personas que están en paro, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19, respuestas 3, 4, 5, 6, 7 y 10)*

110. ¿Por qué motivo ...[nombre] dejó o perdió su trabajo?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por motivos de salud                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por motivos familiares                               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por finalización del contrato                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por cambios organizativos o económicos en la empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por despido  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. Especificar ▼                       |

*Sólo para personas que están jubiladas (pregunta 19, respuestas 8 y 9)*

111. ¿En qué año ...[nombre] se jubiló?

--	--	--	--

*Sólo para las personas entrevistadas que trabajan o han trabajado con anterioridad*

23. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) ..... [NOMBRE]?

--

24. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) ..... [NOMBRE] en esta empresa?

--

25. ¿En qué situación se encuentra ..... [NOMBRE] en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? LEER

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido                                       |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as                               |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as                                  |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. Especificar ▼                                   |

26. ¿Tiene ..... [NOMBRE] (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? En caso afirmativo, ¿cuántos?

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |



**Sólo para las personas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 o 2)****112. ¿Qué tipo de jornada tiene ...[nombre] en su trabajo?**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la mañana (por ejemplo de 8 a 15 horas) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la tarde (por ejemplo de 13 a 21 horas) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la noche                                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificarla ▼                             |

**113. Dentro de la jornada habitual normal, ¿...[nombre] tiene flexibilidad horaria?**

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

**114. ¿Cuántas horas ha trabajado ...[nombre] durante la última semana?**
  ,  horas trabajadas en total durante la última semana
**115. En general, ¿...[nombre] se siente satisfecho/a con sus condiciones de trabajo? Leer.**

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Está muy satisfecho/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está satisfecho/a       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está insatisfecho/a     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy insatisfecho/a |

Si la persona entrevistada es la persona de referencia del hogar ► pasar a la pregunta 33

**PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR**

Ahora le haré unas preguntas referidas a la persona de referencia del hogar donde vive ..... [NOMBRE]

**27. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la persona de referencia del hogar?**

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

**28. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? [de la persona de referencia del hogar]**

- |    |                          |  |                          |
|----|--------------------------|--|--------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  | ► pasar a la pregunta 30 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses | ► pasar a la pregunta 30 |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 30 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       |                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         |                          |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   |                          |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              |                          |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► pasar a la pregunta 30 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► pasar a la pregunta 30 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          |                          |

*Sólo para las personas de referencia que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 28, respuestas 4,5,6,7 y 10)*

29. Aunque esta persona [la persona de referencia del hogar] no trabaja remuneradamente en la actualidad, ¿había trabajado antes?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

► pasar a la pregunta 33

*Sólo para las personas de referencia que trabajan o han trabajado con anterioridad*

30. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) [la persona de referencia del hogar]?

31. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [la persona de referencia del hogar] en esta empresa?

32. [La persona de referencia del hogar] ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? En caso afirmativo, ¿cuántos?

1	<input type="checkbox"/>	No
2	<input type="checkbox"/>	Sí, de 1 a 4 personas
3	<input type="checkbox"/>	Sí, de 5 a 10 personas
4	<input type="checkbox"/>	Sí, de 11 a 20 personas
5	<input type="checkbox"/>	Sí, más de 20 personas

*Para totes les persones entrevistades*

33. Aproximadamente, ¿cuáles son los ingresos netos mensuales de esta familia? MOSTREU TARGETA O LLEGIU INTERVALS

1	<input type="checkbox"/>	No hay ingresos	7	<input type="checkbox"/>	De 1.501 a 1.800 € (De 250.001 a 300.000 Pts)
2	<input type="checkbox"/>	Menos de 300 € (Menos de 50.000 Pts)	8	<input type="checkbox"/>	De 1.801 a 3.000 € (De 300.001 a 500.000 Pts)
3	<input type="checkbox"/>	De 301 a 600 € (De 50.001 a 100.000 Pts)	9	<input type="checkbox"/>	De 3.001 a 6.000 € (De 500.001 a 1.000.000 Pts)
4	<input type="checkbox"/>	De 601 a 900 € (De 100.001 a 150.000 Pts)	10	<input type="checkbox"/>	De 6.001 a 9.000 € (De 1.000.000 a 1.500.000 Pts)
5	<input type="checkbox"/>	De 901 a 1.200 € (De 150.001 a 200.000 Pts)	11	<input type="checkbox"/>	Más de 9.000 € (Más de 1.500.000 Pts)
6	<input type="checkbox"/>	De 1.201 a 1.500 € (De 200.001 a 250.000 Pts)	88	<input type="checkbox"/>	No lo sabe

116. En relación al total de ingresos netos mensuales de esta familia, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes? *Mostrar la tarjeta*

1	<input type="checkbox"/>	Con mucha dificultad
2	<input type="checkbox"/>	Con dificultad
3	<input type="checkbox"/>	Con cierta dificultad
4	<input type="checkbox"/>	Con cierta facilidad
5	<input type="checkbox"/>	Con facilidad
6	<input type="checkbox"/>	Con mucha facilidad

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta de salud de Cataluña ya se han acabado.

**Muchas gracias por su colaboración**

**P. FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)**

200. Hora de finalización de la entrevista

		,		
--	--	---	--	--

201. Duración total de la entrevista en minutos

--	--

202. Titular o sustituto/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular
2	<input type="checkbox"/>	Sustituto núm. <input type="text"/>

203. Motivo por el que se ha utilizado el cuestionario indirecto

0	<input type="checkbox"/>	No se ha utilizado cuestionario indirecto	► pasar a la pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacidad permanente de la unidad muestral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal de la unidad muestral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona mayor con dificultades	
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menores de 15 años	
6	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. Especificar ▼	

204. La persona seleccionada, ¿estaba presente durante la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Se encontraba presente durante la entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Se encontraba en el domicilio, pero en otra habitación
3	<input type="checkbox"/>	No estaba en el domicilio

205. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Catalán
2	<input type="checkbox"/>	Castellano
3	<input type="checkbox"/>	Catalán y castellano combinados
4	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. Especificar ▼

206. La persona informadora, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad
Catalán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207. Presencia de terceras personas durante la entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores	5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)
2	<input type="checkbox"/>	Pareja	6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares
3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre	7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos
4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)	8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)

208. Valora del 0 (muy poco) al 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Al interés en responder la encuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

209. ¿Hay alguna pregunta cuya respuesta puede ser poco fiable? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado

--	--	--	--	--

210. Lugar de realización de la entrevista

- |   |                          |                                |   |
|---|--------------------------|--------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (puerta)             |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (interior)           |   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Puesto de trabajo              | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar                  | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Calle o exterior del domicilio | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. Especificar ▼      | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |

--

211. Tipo de vivienda donde vive la persona entrevistada

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos con ascensor    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos sin ascensor    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar adosada          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar entre medianeras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aislada          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo. Especificar ▼          |

212. ¿En qué planta vive?

--	--

--

213. ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

214. ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

215. ¿Cómo definiría, a primera vista, el nivel de habitabilidad y salubridad de la vivienda donde vive la persona entrevistada?

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Correcto       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Deficiente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Muy deficiente |

216. Observaciones

--

217. Encuestador/a

--

*Únicamente cuando la persona entrevistada es la persona seleccionada en primer lugar, es decir, como titular. Se excluyen los substitutos/as*

218. La persona seleccionada ha recibido la carta del Departamento de Salud donde se le informaba que había sido seleccionada para responder el cuestionario de la Encuesta de Salud de Catalunya?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ns/Nc |

# ESCA continua

## Oleada 6

1<sup>er</sup> semestre de 2013

### Cuestionario de menores

Población de 0 a 14 años

28/12/2012

Oleada	6	Semestre 1 - 2013
Número de cuestionario		
Municipio		
GTS		
Región Sanitaria		
Distrito (sólo Barcelona)		
Fecha de la entrevista		
Hora de inicio		
Tipo de cuestionario		

#### SECRETO ESTADÍSTICO

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar una estadística oficial.

La administración y los funcionarios que utilicen esta información están obligados, por ley, al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial.

Todos los ciudadanos, entidades e instituciones están obligados por ley a proporcionar la información que se solicita y esta información tiene que ser completa y verídica.

(Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23/1998 de 30 de diciembre, de estadística de Cataluña)



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



Generalitat de Catalunya  
Institut d'Estadística de Catalunya

## A. Contexto familiar (I)

*Para todos los niños y niñas*

Las preguntas que le haremos a continuación se referirán siempre a..... (NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA). Así pues, usted nos contestará en NOMBRE de este niño/a, aunque también le pediremos información sobre las personas con las que vive.

1. Anotar el sexo del niño/a, es decir de ..... [NOMBRE]

- |   |                          |      |
|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Niño |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Niña |

2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento completa (día, mes y año) del niño/a?

Día   Mes   Año

M2. ¿Es usted la persona que se ocupa principalmente del cuidado del niño/a? En caso afirmativo, ¿se ocupa mayoritariamente solo/a o cuenta con ayuda de otras personas?

- |   |                          |                                 |   |
|---|--------------------------|---------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, mayoritariamente sol/a      | ▶ pasar a pregunta A (si la persona informadora no vive en el hogar) o 34 (si vive) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, con ayuda de otras personas | ▶ pasar a pregunta A (si la persona informadora no vive en el hogar) o 34 (si vive) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se ocupa habitualmente       |   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra opción. Especificar ▼      |   |

*Sólo para las personas informadoras que NO se ocupan habitualmente del cuidado del niño/a*

M3. ¿Cuál es la persona que se ocupa principalmente del cuidado del niño/a?

- |   |                          |                    |    |                          |   |
|---|--------------------------|--------------------|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Padre              | 6  | <input type="checkbox"/> | Hermana                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Madre              | 7  | <input type="checkbox"/> | Abuelo                                  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Pareja de la madre | 8  | <input type="checkbox"/> | Abuela                                  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pareja del padre   | 9  | <input type="checkbox"/> | Otra persona familiar. Especificar ▼    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hermano            | 10 | <input type="checkbox"/> | Otra persona no familiar. Especificar ▼ |

*Personas informadoras que NO viven en el hogar*

Ahora le haré unas preguntas a usted (preguntas referidas a la persona informadora)

A. Anotar el sexo de la persona informadora sin preguntarlo

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

B. ¿Qué edad tiene usted?

años

C. ¿Qué relación tiene usted con el niño/a? ¿Usted es..... de ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Madre/padre                           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro familiar. Especificar ▼          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Tutor o responsable no familiar       |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona de los servicios sociales |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Una persona contratada                |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otra relación. Especificar ▼          |

## C. Cobertura sanitaria

*Para todos los niños y niñas*

34. ¿El niño/a tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de las entidades que le leeré a continuación? **LEER**  
Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares y las de federaciones deportivas.

	1. Si	2. No	9. NS/NC
1. Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Alianza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro sanitario privado, pagado por la empresa del padre/madre (SANITAS, ASISA, la Alianza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tiene ningún seguro sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra situación. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente? **LEER**  
Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas.

1	<input type="checkbox"/>	No ha utilizado ninguno ▶ pasar a pregunta 37
2	<input type="checkbox"/>	Servicio Catalán de la Salud
3	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria
4	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa
5	<input type="checkbox"/>	Médicos particulares

36. ¿Qué grado de satisfacción tiene con estos servicios sanitarios que el niño/a ha utilizado más frecuentemente durante los últimos 12 meses?

1	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho/a
2	<input type="checkbox"/>	Satisfecho/a
3	<input type="checkbox"/>	Insatisfecho/a
4	<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho/a

## D. Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud

*Para todos los niños y niñas*

A continuación le haremos unas preguntas referidas al estado de salud y bienestar de ..... [NOMBRE]

37. ¿Cómo diría usted que es la salud en general de ..... [NOMBRE]? **LEER**

1	<input type="checkbox"/>	Excelente
2	<input type="checkbox"/>	Muy buena
3	<input type="checkbox"/>	Buena
4	<input type="checkbox"/>	Regular
5	<input type="checkbox"/>	Mala

38. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa ..... [NOMBRE] sin ropa?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	kilos
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	-------

39. Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mide ..... [NOMBRE] sin zapatos?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	centímetros
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	-------------

108. Durante la semana pasada, ¿cuántas horas ha dormido diariamente ..... [nombre] , como media?

----- horas

Ahora le haré una pregunta muy parecida a otra anterior...

37b. ¿Cómo diría usted que es la salud de ..... [NOMBRE] en general? LEER

- |   |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Buena     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mala      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy mala  |

Si el niño/a tiene menos de 6 años ► pasar a pregunta 41

**Sólo para niños y niñas de 6 años y más**

Ahora le haremos unas preguntas sobre cómo se ha encontrado ..... [NOMBRE] durante la ÚLTIMA SEMANA

M28. ¿Con qué frecuencia, durante la última semana, diría usted que el niño/a ...

	1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
1. ... se ha sentido bien y en forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... se ha sentido lleno/a de energía?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... se ha sentido triste?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... se ha sentido solo/a?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... ha tenido tiempo suficiente para él o ella?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... ha podido elegir qué hacer en su tiempo libre?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... sus padres le han tratado de forma justa?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... se ha divertido con sus amigos o amigas?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... le ha ido bien en la escuela?	1. Nada	2. Un poco	3. Moderadamente	4. Mucho	5. Muchísimo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... ha podido prestar atención?	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas siguientes se refieren a las 4 ÚLTIMAS SEMANAS

M29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces ..... [NOMBRE] .....

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
1. ... ha hecho cosas peligrosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... le ha dicho a alguien que le pegaría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha sido desobediente para salirse con la suya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... ha estado con niños o niñas que suelen meterse en líos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... se ha metido con otros niños o niñas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... se ha metido en líos en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... se ha portado bien con su profesor o profesora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... se ha distraído mucho en clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## E. Morbilidad y accidentes

Para todos los niños y niñas

41. Tiene ..... [NOMBRE] alguna enfermedad o problema de salud crónico?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

M30. ¿El niño/a padece o su médico/a le ha dicho que ha padecido alguno de estos trastornos de salud? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alergias crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tumores malignos, leucemia, linfoma, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bronquitis de repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otitis de repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infecciones urinarias de repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Retraso de crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Algún tipo de malformación congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Deficiencia visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Defecto del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Algún trastorno o retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trastornos de conducta, hiperactividad, déficit de atención, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Convulsiones febriles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Enuresis (se hace pipí en la cama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Otro trastorno. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas que haremos seguidamente tratan sobre accidentes que ha tenido ..... [NOMBRE] que le hayan provocado alguna **RESTRICCIÓN** en sus actividades habituales y/o que hayan requerido **ASISTENCIA SANITARIA**.

43. ¿Durante los últimos 12 meses ..... [NOMBRE] ha tenido algún accidente como.....? *LEER*

44. En caso afirmativo, ¿cuántas veces le ha ocurrido en los últimos 12 meses?

	43. Accidentes últimos 12 meses		44. Número de veces
	1. Sí	2. No	
1. Caídas de un nivel más alto que otro (caídas de una escalera, de una silla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Caídas en un mismo nivel (caídas a ras de suelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Intoxicaciones (excluye intoxicación alimenticia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
6. Accidentes de tráfico como conductor/a o pasajero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7. Accidentes de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
8. Mordeduras o agresiones de origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9. Cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
10. Otro. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Si no ha tenido ningún accidente

► pasar a pregunta 46a

45. ¿Dónde tuvo lugar el accidente? Si ha tenido más de uno, hay que referirse al último

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Dentro de casa  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En la empresa o puesto de trabajo   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En un desplazamiento durante la jornada laboral                           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En la escuela o centro de formación                                       |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o del centro de formación |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | En un centro deportivo  |
| 8 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio de esparcimiento  |
| 9 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. Especificar ▼  |

## F. Consumo de medicamentos

Para todos los niños y niñas

46a. De la siguiente lista, ¿qué medicamentos ha tomado ..... [NOMBRE] durante los últimos DOS días (ayer y/o antes de ayer)?  
LEER

En caso afirmativo, ¿le ha sido recetado por el médico/a para este caso concreto, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?

	1. No	2. Sí Recetado por el médico/a para este caso concreto	3. Sí Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí Por iniciativa de los padres o tutores
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicamentos para la tos o el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos (penicilina u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicamentos para problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicamentos homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otro medicamento. Especificar ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el niño/a tiene menos de 4 años ► pasar a la pregunta 48

## G. Salud mental

*Sólo para niños y niñas de 4 años y más*

A continuación le haremos unas preguntas sobre el comportamiento de ..... [NOMBRE] durante los ÚLTIMOS 6 MESES

M31. Responda si es cierto o no que, durante los últimos 6 meses, el niño/a ...

	1 No es cierto	2 Es más o menos cierto	3 Es absolutamente cierto
1. Respeta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Está inquieto/a, hiperactivo/a, no puede estar quieto/a durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparte en seguida con otros niños/as (caramelos, juguetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tiene a menudo ataques de nervios o es irascible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Generalmente es obediente, suele hacer lo que los adultos le piden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece preocupado/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ayuda cuando alguien se hace daño o se encuentra mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Esta moviéndose continuamente, da tumbos sin parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene como mínimo un buen amigo o amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se pelea con frecuencia con otros niños/as o los amenaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A menudo es infeliz, está triste o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En general es querido/a por los otros niños y niñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se distrae con facilidad, no se concentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Se pone nervioso/a en situaciones nuevas, pierde fácilmente la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es amable con niños más pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es amenazado/a o molestado/a por otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A menudo se ofrece para ayudar (a los padres, a los profesores, a otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Piensa antes de actuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Roba cosas de casa, de la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Se comporta mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Acaba lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Limitaciones y discapacidades

*Para todos los niños y niñas*

48. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida ..... [NOMBRE] se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños de su edad hacen habitualmente?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, gravemente limitado/a              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitado/a pero no gravemente      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitado/a ► pasar a la pregunta 50 |

49. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta limitación?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 meses               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 meses y menos de 1 año |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y menos de 5 años      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 y menos de 10 años     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Más de 10 años                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Siempre                        |

50. Las preguntas siguientes tienen por objeto concretar si ..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave o discapacidad que le afecte de manera permanente para realizar sus actividades cotidianas (en relación con lo que hacen los niños de su edad). Se exceptúan los casos de los recién nacidos y de los niños/as que, por su edad, no pueden realizar algunas de las actividades propuestas como leer o escribir, entender signos gráficos, salir, comer o lavarse solos, etc.

	1. Sí	2. No	0. NP
1. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave en la vista, que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave del oído, de manera que no puede seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave para hablar, por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que hace que los demás tengan dificultades para entender lo que dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave de comunicación para escribir o leer –exceptuando las personas analfabetas o con problemas de visión- o para hacer y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por problemas físicos de movilidad, ¿..... [NOMBRE] tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado/a de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿..... [NOMBRE] tiene problemas para caminar, de manera que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿..... [NOMBRE] tiene otras limitaciones importantes de movimiento, como mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 escalones- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, diálisis, dieta estricta, etc.) que le impiden hacer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52b. ¿El niño/a lleva .....?

	1. Sí	2. No
1. Gafas o lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aparato corrector de la audición o audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## J. Estilos de vida: alimentación y actividad física

*Para todos los niños y niñas*

M32. ¿Qué edad tenía ..... [NOMBRE] cuando recibió por última vez leche materna?

meses   días

888. Todavía recibe leche materna

Si no ha recibido nunca ► anotar 0

67. Cuántas raciones de fruta y/o verdura come diariamente..... [NOMBRE]?

raciones diarias

888. Aún no toma fruta o verdura

*Sólo para niños y niñas de 3 años y más*

68. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces ha hecho el niño/a las siguientes comidas?

	1 Cada día	2 De 4 a 6 veces por semana	3 De 1 a 3 veces por semana	4 Nunca
1. Desayuno antes de salir de casa o cuando se levanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Almuerzo a media mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M33. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces ha tomado el niño/a.....?

	1. Más de una vez al día	2. Cada día	3. De 4 a 6 veces	4. De 1 a 3 veces	5. Nunca
1. ... comida rápida, como pollo frito, pizzas, hamburguesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... bebidas con azúcar, como refrescos azucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... productos con azúcar, como pastas, donuts, bollos, caramelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... snacks o comidas saladas, como patatas fritas, ganchitos, galletas saladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Sólo para niños y niñas de 5 años y más*

M34. Habitualmente, ¿con qué frecuencia ..... [NOMBRE] se cepilla los dientes?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Más de una vez al día, después de cada comida (3 o 4 veces al día) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Más de una vez al día, pero no después de cada comida              |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una vez al día, por la mañana                                      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vez al día, al mediodía  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una vez al día, por la noche                                       |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Más de una vez a la semana, pero no todos los días                 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente   |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Nunca  |

*Sólo para niños y niñas de 6 años y más*

M35. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántos días el niño/a .....

	1 Ningún día	2 Muy pocos días	3 Algunos días	4 Casi cada día	5 Todos los días
1. ... ha participado en juegos de esfuerzo físico o deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ha hecho deporte o ejercicio hasta quedarse sin aliento o sudar mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha corrido mucho mientras jugaba o hacía deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... ha tenido dificultad para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... ha tenido dificultad para subir escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... ha tenido dificultad para correr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Sólo para niños y niñas de 3 años y más*

M36. Durante la semana pasada, ¿cuántos días hizo el niño/a alguna de las siguientes actividades de ocio?

M37. En caso afirmativo, ¿durante cuántos minutos en total cada día?

	Días	Minutos/día
1. Actividades extra-escolares deportivas (danza, atletismo, básquet, fútbol, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Actividades extra-escolares no deportivas (música, teatro, cine, idiomas, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Ver la tele	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Jugar con videojuegos, ordenador o Internet	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Jugar en el parque o en la calle	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Otra actividad de ocio. <i>Especificar</i> ▼	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		

**K. Estilos de vida: exposición al humo de tabaco***Para todos los niños y niñas*

84. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de casa de ..... [NOMBRE]?

 personas

85. Fuera de casa, ¿cuánto tiempo al día, de promedio, pasa ..... [NOMBRE] en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días laborables?

86. ¿Y durante los fines de semana?

	1. Ninguno	2. Menos de 1 hora	3. De 1 a 4 horas	4. Más de 4 horas
1. Días laborables, de lunes a jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fin de semana, viernes + sábado + domingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L. Visitas médicas durante los últimos 12 meses y 15 días

*Para todos los niños y niñas*

Las preguntas siguientes tratan de los contactos con los servicios sanitarios que ha tenido ..... [NOMBRE], como las visitas a médicos/as u otros profesionales sanitarios o sociosanitarios, o las estancias en un hospital

87. En los últimos 12 meses, ..... [NOMBRE] ha sido visitado por alguno de los siguientes profesionales sanitarios o sociosanitarios a causa de su salud? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Médico/a de medicina general o de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (óptico/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Médico/a de otra especialidad ( <i>alergología, aparato digestivo, dermatología, cirugía, reumatología, traumatología, endocrinología, otorrinolaringología, nefrología, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretamente, ha sido visitado por un Oftalmólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatólogo/a y/o traumatólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Profesionales de las medicinas complementarias ( <i>homeópata, naturista, acupuntor/a...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otro profesional. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿han visitado a un profesional sanitario o sociosanitario a causa de la salud de [...NOMBRE]?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No |

89. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿han hecho alguna consulta a un profesional farmacéutico a causa de la salud de [...NOMBRE]?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No |

*Para todos los niños y niñas*

**NC1. Durante los últimos 15 días, ¿..... [nombre] ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No -----▶ <i>Pasar a la pregunta 90</i> |

**NC2. ¿Por qué motivo ..... [nombre] no solicitó atención sanitaria?**

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Pérdida de horas de trabajo de los padres  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Miedo de los padres a perder el trabajo  |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Incapacidad física para desplazarse  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Problemas de transporte  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | No resuelven su problema de salud  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | No tener nadie que lo acompañe (por tener que cuidar de otro hijo o de un enfermo en casa) |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Le han dado hora de visita para más adelante   |
| 8  | <input type="checkbox"/> | No era suficientemente grave   |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Lo resolvió en la farmacia   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Tiene otros remedios curativos   |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Problemas económicos   |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Otro motivo. <i>Especificar</i> ▼  |

## M. Atención primaria

*Para todos los niños y niñas*

**90. ¿Hay algún médico de cabecera o pediatra o centro al que suelen llevar a ..... [NOMBRE] cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud?**

- |   |                          |                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ▶ <i>pasar a pregunta 97</i> |

Las preguntas siguientes se refieren a este médico/a o centro

**91. ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico/a?**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servicio Catalán de la Salud (sistema público)                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Médico/a particular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼                                    |

**92. El centro o lugar donde atiende este médico/a es...**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, ....) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un centro de especialidades médicas (CAP II, CAE)       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un consultorio de médico/a particular                   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un hospital   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | La escuela, colegio o instituto                         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. <i>Especificar</i> ▼                        |



93. Aproximadamente, ¿cuántas veces ha ido ..... [NOMBRE] a este médico/a en los últimos 12 meses?

veces

96. A continuación le haré unas preguntas sobre el pediatra o médico/a de cabecera o centro al que llevan a ..... [NOMBRE] cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud. Por favor indique la MEJOR respuesta posible. *LEER LAS POSIBLES RESPUESTAS*

	1 Sí, sin duda	2 Es probable que sí	3 Es probable que no	4 No, en absoluto	5 No lo sabe No recuerda
1. Cuando ..... [NOMBRE] tiene un problema de salud nuevo, va a su médico/a o centro antes de ir a otro sitio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando el centro de ..... [NOMBRE] está <i>abierto</i> y éste se pone enfermo/a, le visita alguien de allí el mismo día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando el centro de ..... [NOMBRE] está <i>abierto</i> , le pueden aconsejar rápidamente por teléfono si es preciso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando el centro de ..... [NOMBRE] está cerrado, hay un número de teléfono al que puede llamar cuando está enfermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando va al centro de ..... [NOMBRE], le atiende siempre el <i>mismo</i> médico/a o enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si tiene alguna pregunta, puede hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que mejor conoce a ... [NOMBRE]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El médico/a de ..... [NOMBRE] sabe qué problemas son más importantes para usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Después de ir al especialista, su médico/a habla habitualmente con ..... [NOMBRE] sobre cómo ha ido la visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El centro de ..... [NOMBRE] dispone de un servicio de asesoramiento para problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Recomendaría el médico/a o centro de ..... [NOMBRE] a un amigo o familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. Atención especializada

*Para todos los niños y niñas*

Las preguntas siguientes se refieren a la última visita realizada durante los últimos 12 meses por ..... [NOMBRE] a un médico/a especialista o centro de especialidades.

97. ¿Cuál ha sido el último especialista que ha visitado a ..... [NOMBRE] durante los últimos 12 meses?

- |   |                          |  |    |                          |                      |    |                          |                                  |
|---|--------------------------|--|----|--------------------------|----------------------|----|--------------------------|----------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | No le ha visitado ningún especialista durante los 12 últimos meses ► pasar a la pregunta 104 |    |                          |                      |    |                          |                                  |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Alergología  | 6  | <input type="checkbox"/> | Endocrinología       | 11 | <input type="checkbox"/> | Neumología                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Aparato digestivo  | 7  | <input type="checkbox"/> | Nefrología           | 12 | <input type="checkbox"/> | Reumatología                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Cardiología  | 8  | <input type="checkbox"/> | Neurología           | 13 | <input type="checkbox"/> | Traumatología                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Cirugía  | 9  | <input type="checkbox"/> | Oftalmología         | 14 | <input type="checkbox"/> | Urología                         |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Dermatología   | 10 | <input type="checkbox"/> | Otorrinolaringología | 15 | <input type="checkbox"/> | Otra especialidad. Especificar ▼ |

\*No incluye ítems 1 a 5 y 14 a 21 de la pregunta 87.

98. ¿Quién le ha indicado a ..... [NOMBRE] la [última] visita a este médico/a especialista?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El mismo especialista (en una visita anterior) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Otro especialista                              |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Ha ido por decisión propia                     |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                  |

99. ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico/a especialista?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servicio Catalán de la Salud (sistema público)                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado a cargo de una mutua obligatoria            |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Médico/a particular   |

100. El centro o lugar donde atiende este médico/a especialista es...

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio, ....) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un hospital (consultas externas)                        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un centro de especialidades médicas                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un consultorio de un médico/a privado.                  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. Especificar ▼                               |

102. En esta última visita, ¿le habían hecho previamente a ..... [NOMBRE] alguna prueba diagnóstica como análisis de sangre, radiografía, ecografía, TAC, resonancia, endoscopia, etc.?

- |   |                          |                              |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta 104 |

103. ¿Quién solicitó esta prueba?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El mismo médico/a especialista |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Otro especialista              |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼  |

## O. Atención de urgencias y hospitalizaciones

*Para todos los niños y niñas*

104. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces..... [NOMBRE] ha sido visitado/a o ha consultado a un servicio de urgencias?

veces

► Si la respuesta es 0 pasar a la pregunta 106

La pregunta siguiente se refiere a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses realizada por ..... [NOMBRE]

105. ¿Dónde le visitaron o hizo la consulta?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un hospital público  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privado  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)                     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un Centro de atención primaria o Centro de atención continuada (ambulatorio) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la consulta de un médico/a o centro privado                                  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼   |

106. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a ..... [NOMBRE] en un hospital como mínimo una noche? *Se incluye si ha permanecido más de 24 horas en urgencias*

veces

## B. Contexto familiar (II) y datos sociodemográficos

*Para todos los niños y niñas*

Las preguntas que le haremos a continuación se referirán siempre a..... (NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA). Así pues, usted nos contestará en NOMBRE de este niño/a, aunque también le pediremos información sobre las personas con las que vive.

3. ¿Cuántas personas viven con ..... [NOMBRE] en esta casa de manera habitual? *Incluyendo a la persona seleccionada y, si vive en el hogar, la persona informadora*

personas

*Las preguntas siguientes se han de formular a cada miembro del hogar donde vive ..... [NOMBRE]. ANOTAR las respuestas en la tabla adjunta*

4. ¿Cuál es el parentesco de cada una de estas personas con la persona de referencia del hogar? ► *señalar en la tabla*

- |                                    |              |                         |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1. Persona de referencia del hogar | 5. Abuelo/a  | 9. Suegro/a             |
| 2. Hijo o hija                     | 6. Nieto/a   | 10. Yerno o nuera       |
| 3. Esposo/a o pareja               | 7. Hermano/a | 11. Otros familiares    |
| 4. Padre o madre                   | 8. Cuñado/a  | 12. Otros no familiares |

5. Cada una de estas personas, ¿es hombre o mujer? ► *señalar en la tabla*

1. Hombre
2. Mujer

6. ¿Qué edad tiene cada una de estas personas? ► *señalar en la tabla*

7. ¿Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación especial por el hecho de sufrir alguna limitación, discapacidad o dependencia para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana?

1. Sí ► *señalar en la tabla de qué miembro/s del hogar se trata*
2. No

Miembros del hogar	Persona entrevistada	Progenitor 1	Progenitor 2	4. Parentesco	5. Sexo	6. Edad	7. Discapacitado/a
Miembro 1	<input type="checkbox"/>			1			<input type="checkbox"/>
Miembro 2	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 3	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 4	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 5	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 6	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 7	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 8	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 9	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Miembro 10	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

3b. Teniendo en cuenta a todas la personas que viven habitualmente en este hogar, ¿cuál diría usted que sería la estructura familiar?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Matrimonio o pareja sin hijos                             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Matrimonio o pareja con hijos                             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Monoparental: padre o madre con hijos y sin pareja        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Dos o más personas sin relación de parentesco entre ellas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hogar con dos o más núcleos                               |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No clasificable   |

*Para todos los niños y niñas*

15. ¿Qué nacionalidad tiene ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |

Española

Española y otra extranjera

Extranjera

Especificar país nacionalidad extranjera

16. ¿Dónde nació [NOMBRE]?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |

En el mismo municipio de residencia

En otro municipio de Cataluña

En otro municipio de España, fuera de Cataluña

En el extranjero

► pasar a la pregunta M4

► pasar a la pregunta M4

► pasar a la pregunta M4

Especificar el municipio ▼

Especificar la provincia ▼

Especificar el país ▼

*Sólo para los niños/as que han nacido fuera de España*

17. ¿En qué año llegó ..... [NOMBRE] a España?

Año de llegada




*Para todos los niños y niñas*

M4. ¿..... [NOMBRE] está escolarizado/a o va a la guardería?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> |

Va a la guardería

Está escolarizado/a

No va a la guardería ni a la escuela

Otra opción. Especificar ▼

► pasar a la pregunta M6

► pasar a la pregunta M6

M5. ¿Qué curso hace ..... [NOMBRE]?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> |

Educación infantil (P3, P4 o P5)

Educación primaria ciclo inicial (1º o 2º)

Educación primaria ciclo medio (3º o 4º)

Educación primaria ciclo superior (5º o 6º)

Educación secundaria obligatoria (ESO)

Educación especial

Otro curso. Especificar ▼

A continuación le haremos unas preguntas referidas a la madre y al padre de ..... [NOMBRE] (aunque no vivan en el mismo hogar) sean biológicos o legales (en caso de adopciones).

**Madre (progenitor1)**

M6. ¿Dónde nació la madre del niño/a?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |

En Cataluña

En el resto de España

Fuera de España. Especificar país ▼

► pasar a la pregunta M8 o M9

► pasar a la pregunta M8 o M9

**Padre (progenitor 2)**

M17. ¿Dónde nació el padre del niño/a?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |

En Cataluña

En el resto de España

Fuera de España. Especificar país ▼

► pasar a la pregunta M19 o M20

► pasar a la pregunta M19 o M20

*Sólo si la madre y/o el padre han nacido fuera de España*

M7. ¿En qué año llegó la madre a España?

Año de llegada

8888. No ha venido a España

M18. ¿En qué año llegó el padre a España?

Año de llegada

8888. No ha venido España

M6b. ¿Qué nacionalidad tiene la madre del niño/a?

- |   |                          |                            |  |
|---|--------------------------|----------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española                   |  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera                 | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |

M17b. ¿Qué nacionalidad tiene el padre del niño/a?

- |   |                          |                            |  |
|---|--------------------------|----------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española                   |  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera                 | ▼ Especificar el país en caso de nacionalidad extranjera |

*Sólo si la madre y/o el padre no viven en el hogar de manera habitual*

M8. Antes nos ha dicho que la madre no vive en el hogar de ..... [NOMBRE]. ¿Dónde vive de manera habitual?

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En este mismo municipio               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio del resto de España |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero Especificar ▼        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Ha fallecido                          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra situación Especificar ▼          |

M19. Antes nos ha dicho que la madre no vive en el hogar de ..... [NOMBRE]. ¿Dónde vive de manera habitual?

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En este mismo municipio               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio del resto de España |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero Especificar ▼        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Ha fallecido                          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra situación Especificar ▼          |

M9. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la madre del niño/a?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

M20. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados del padre del niño/a?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

Si la madre ha fallecido ► pasar a la pregunta M17

Si el padre ha fallecido ► pasar a la pregunta 27 o 33

**Sólo si la madre y/o el padre están vivos, aunque vivan fuera del hogar****M10. ¿Cuál es la situación laboral principal actual de la madre?**

- |    |                          |  |             |
|----|--------------------------|--|-------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  |             |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses |             |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parada con subsidio/prestación                         | ► preg. M11 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parada sin subsidio/prestación                         | ► preg. M11 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         | ► preg. M12 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   | ► preg. M12 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitada o con invalidez permanente                | ► preg. M12 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilada por edad                                      | ► preg. M13 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilada de forma anticipada                           | ► preg. M13 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          | ► preg. M12 |

**M21. ¿Cuál es la situación laboral principal actual del padre?**

- |    |                          |  |             |
|----|--------------------------|--|-------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  |             |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses |             |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado con subsidio/prestación                         | ► preg. M22 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado sin subsidio/prestación                         | ► preg. M22 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         | ► preg. M23 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   | ► preg. M23 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado o con invalidez permanente                | ► preg. M23 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado por edad                                      | ► preg. M24 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado de forma anticipada                           | ► preg. M24 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          | ► preg. M23 |

**Sólo si la madre y/o el padre trabajan actualmente (preguntas M10 y M21 respuestas 1 y 2)****M40. ¿Qué probabilidad tiene la madre de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER**

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy probable   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy improbable |

**M46. ¿Qué probabilidad tiene el padre de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER**

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy probable   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy improbable |

**Sólo si la madre y/o padre están en situación de paro (preguntas M10 y M21 respuestas 3 y 4)****M11. ¿Cuánto tiempo lleva la madre en el paro ininterrumpidamente?**

- |                      |                      |                      |       |   |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Meses | ► Si la madre en situación de paro tiene prestación económica (preg. M10, respuesta 3), pasar a la pregunta M41 |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------|---|

**M22. ¿Cuánto tiempo lleva el padre en el paro ininterrumpidamente?**

- |                      |                      |                      |       |   |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Meses | ► Si el padre en situación de paro tiene prestación económica (preg. M21, respuesta 3), pasar a la pregunta M47 |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------|---|

**Sólo si la madre y/o el padre están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, son estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (preguntas M10 y M21 respuestas 4,5,6,7 y 10)****M12. Aunque en la actualidad la madre no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes?**

- |   |                          |                              |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta M17 |

**M23. Aunque en la actualidad el padre no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes?**

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta 27 o 33 |

**Sólo si la madre y/o el padre están en paro, realizan labores del hogar, son estudiantes o personas con incapacidad o invalidez permanente (preguntas M10 i M21 respuestas 3, 4, 5, 6, 7 y 10)****M41. ¿Por qué motivo la madre dejó o perdió su trabajo?**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por motivos de salud                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por motivos familiares                               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por finalización del contrato                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por cambios organizativos o económicos de la empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por despido  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. Especificar ▼                       |

**M47. ¿Por qué motivo el padre dejó o perdió su trabajo?**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por motivos de salud                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por motivos familiares                               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por finalización del contrato                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por cambios organizativos o económicos de la empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por despido  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. Especificar ▼                       |

**Sólo si la madre y/o el padre trabajan o han trabajado con anterioridad**

M13. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) la madre?

M24. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) el padre?

M14. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) la madre?

M25. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) el padre?

M15. ¿En qué situación se encuentra la madre en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? *LEER*

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionaria  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariada con contrato indefinido   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajadora de empresa de trabajo temporal (ETT)                           |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónoma o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresaria con menos de 10 trabajadores/as                                 |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresaria con 10 o más trabajadores/as                                    |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼                            |

M26. ¿En qué situación se encuentra el padre en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? *LEER*

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionario  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Asalariado con contrato indefinido   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año                              |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años                               |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Trabajador de empresa de trabajo temporal (ETT)                            |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato   |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as                                  |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario con menos de 10 trabajadores/as                                 |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario con 10 o más trabajadores/as                                    |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼                            |

M16. La madre ¿tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

M27. El padre ¿tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

**Sólo si la madre y/o el padre trabajan actualmente (preguntas M10 y M21 respuestas 1 y 2)**

M42. ¿Qué tipo de jornada tiene la madre en su trabajo?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la noche                            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días               |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificarla</i>                    |

M48. ¿Qué tipo de jornada tiene el padre en su trabajo?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la mañana (por ej. de 8 a 15 horas) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la tarde (por ej. de 13 a 21 horas) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la noche                            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días               |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificarla</i>                    |



<p><b>M43. Dentro de la jornada habitual normal, ¿la madre tiene flexibilidad horaria?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>M49. Dentro de la jornada habitual normal, ¿el padre tiene flexibilidad horaria?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>M44. ¿Cuántas horas ha trabajado la madre durante la última semana?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> horas trabajadas en total durante la última semana</p>	<p><b>M50. ¿Cuántas horas ha trabajado el padre durante la última semana?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> horas trabajadas en total durante la última semana</p>
<p><b>M45. En general, ¿la madre se siente satisfecha con sus condiciones de trabajo? LEER</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Está muy satisfecha</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Está satisfecha</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Está insatisfecho</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Está muy insatisfecho ► Pasar a la pregunta M17</p>	<p><b>M51. En general, ¿el padre se siente satisfecho con sus condiciones de trabajo? LEER</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Está muy satisfecho</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Está satisfecho</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Está insatisfecho</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Está muy insatisfecho</p>

Si el padre o la madre del niño/a es la persona de referencia del hogar ► pasar a la pregunta 33

**PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR**  
Sólo si la persona de referencia del hogar NO es ni el padre ni la madre del niño/a

Ahora le haré unas preguntas referidas a la persona de referencia del hogar donde vive ..... [NOMBRE]

27. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la persona de referencia del hogar?

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa   |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU             |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior                  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería                     |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente                            |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼   |

28. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? [de la persona de referencia del hogar]

- |    |                          |  |                          |
|----|--------------------------|--|--------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Trabaja  | ► pasar a la pregunta 30 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses | ► pasar a la pregunta 30 |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación                       | ► pasar a la pregunta 30 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación                       |                          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa)                         |                          |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiante   |                          |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente              |                          |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad                                    | ► pasar a la pregunta 30 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada                         | ► pasar a la pregunta 30 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼                          |                          |

*Sólo para las personas de referencia que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 28, respuestas 4,5,6,7 y 10)*

29. Aunque esta persona [la persona de referencia del hogar] no trabaja remuneradamente en la actualidad, ¿había trabajado antes?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► pasar a la pregunta 33

*Sólo para las personas de referencia que trabajan o han trabajado con anterioridad*

30. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba)? [la persona de referencia del hogar]

31. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [la persona de referencia del hogar] en esta empresa?

32. [La persona de referencia del hogar] ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas  |

*Para todos los niños y niñas si son los progenitores los que responden el cuestionario*

33. Aproximadamente, ¿cuáles son los ingresos netos mensuales de esta familia? **MOSTREU TARGETA O LLEGIU INTERVALS**

- |   |                          |   |    |                          |   |
|---|--------------------------|---|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No hay ingresos                               | 7  | <input type="checkbox"/> | De 1.501 a 1.800 € (De 250.001 a 300.000 Pts)     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menos de 300 € (Menos de 50.000 Pts)          | 8  | <input type="checkbox"/> | De 1.801 a 3.000 € (De 300.001 a 500.000 Pts)     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 301 a 600 € (De 50.001 a 100.000 Pts)      | 9  | <input type="checkbox"/> | De 3.001 a 6.000 € (De 500.001 a 1.000.000 Pts)   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 601 a 900 € (De 100.001 a 150.000 Pts)     | 10 | <input type="checkbox"/> | De 6.001 a 9.000 € (De 1.000.000 a 1.500.000 Pts) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 901 a 1.200 € (De 150.001 a 200.000 Pts)   | 11 | <input type="checkbox"/> | Más de 9.000 € (Más de 1.500.000 Pts)             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | De 1.201 a 1.500 € (De 200.001 a 250.000 Pts) | 88 | <input type="checkbox"/> | No lo sabe  |

116. En relación al total de ingresos netos mensuales de esta familia hogar, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes? *Mostrar la tarjeta*

- |   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Con mucha dificultad  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Con dificultad        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con cierta dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con facilidad         |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Con mucha facilidad   |

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta de salud de Cataluña ya se han acabado.

**Muchas gracias por su colaboración**

**P. FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)**

200. Hora de finalización de la entrevista

		,		
--	--	---	--	--

201. Duración total de la entrevista en minutos

--	--

 minutos

202. Titular o sustituto/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular	
2	<input type="checkbox"/>	Sustituto núm. <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

203. Motivo por el que se ha utilizado el cuestionario indirecto

0	<input type="checkbox"/>	No se ha utilizado cuestionario indirecto	▶ pasar a la pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacidad permanente de la unidad muestral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal de la unidad muestral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona mayor con dificultades	
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menores de 15 años	
6	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. Especificar ▼	

204. La persona seleccionada, ¿estaba presente durante la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Se encontraba presente durante la entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Se encontraba en el domicilio, pero en otra habitación
3	<input type="checkbox"/>	No estaba en el domicilio

205. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Catalán
2	<input type="checkbox"/>	Castellano
3	<input type="checkbox"/>	Catalán y castellano combinados
4	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. Especificar ▼

206. La persona informadora, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad
Catalán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207. Presencia de terceras personas durante la entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores	5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)
2	<input type="checkbox"/>	Pareja	6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares
3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre	7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos
4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)	8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)

208. Valora del 0 (muy poco) al 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Al interés en responder la encuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

209. ¿Hay alguna pregunta cuya respuesta puede ser poco fiable? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado      Pregunta / apartado

--	--	--	--	--

210. Lugar de realización de la entrevista

- |   |                          |                                |   |
|---|--------------------------|--------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (puerta)             |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (interior)           |   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Puesto de trabajo              | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar                  | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Calle o exterior del domicilio | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. Especificar ▼      | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |

--

211. Tipo de vivienda donde vive la persona entrevistada

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos con ascensor    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos sin ascensor    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar adosada          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar entre medianeras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aislada          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo. Especificar ▼          |

212. ¿En qué planta vive?

--	--

--

213. ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

214. ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

215. ¿Cómo definiría, a primera vista, el nivel de habitabilidad y salubridad de la vivienda donde vive la persona entrevistada?

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Correcto       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Deficiente     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Muy deficiente |

216. Observaciones

--

217. Encuestador/a

--

*Únicamente cuando la persona entrevistada es la persona seleccionada en primer lugar, es decir, como titular. Se excluyen los substitutos/as*

218. La persona seleccionada ha recibido la carta del Departamento de Salud donde se le informaba que había sido seleccionada para responder el cuestionario de la Encuesta de Salud de Catalunya?

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ns/Nc |