



**XI CENSO DE POBLACIÓN Y VII DE VIVIENDA
16 DE MAYO DE 2010**



LA INFORMACIÓN SOLICITADA ESTÁ AMPARADA POR EL SECRETO
ESTADÍSTICO Y ES EstrictAMENTE CONFIDENCIAL

Ley 10 de 22 de enero de 2009

Cuestionario N.º

Hogar N.º

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

1. Provincia o comarca _____ 6. Barriada o barrio _____
 2. Distrito _____
 3. Corregimiento _____ 7. Calle o avenida (N.º o nombre) _____
 4. Segmento N.º _____
 5. Lugar poblado _____ 8. Edificio o casa (N.º o nombre) _____

 _____ 9. Cuarto o apartamento N.º _____

PARA USO DE LA OFICINA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prov.	Dist.	Corr.	Segmento	Div.
Cuestionario N.º				<input type="text"/>
Hogar N.º				<input type="text"/>
Lugar poblado				<input type="text"/>
Barriada o barrio				<input type="text"/>

II. DATOS DE LA VIVIENDA

1. TIPO DE VIVIENDA

1A. VIVIENDA PARTICULAR

- Individual permanente..... 01
 Individual semipermanente..... 02
 Improvisada..... 03
 Apartamento..... 04
 Cuarto en casa de vecindad..... 05
 Local no destinado a habitación,
pero utilizado como vivienda..... 06

Pase al
Cap. III

1B. SIN VIVIENDA

- Damnificados..... 07
 Indigentes..... 08
 En la calle, garita, puerto, aeropuerto.... 09

Pase al
Cap. V

1C. VIVIENDA COLECTIVA

5. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DEL EDIFICIO O CASA?

- Bloque, ladrillo, piedra, concreto..... 1
 Madera (tablas, troza)..... 2
 Quincha, adobe..... 3
 Metal (zinc, aluminio, entre otros)..... 4
 Palma, paja, penca, caña o bambú o
palos..... 5
 Otros materiales..... 6
 Sin paredes..... 7

2. CONDICIÓN DE LA VIVIENDA

2A. OCUPADA

- Con personas presentes..... 1
 Con personas ausentes..... 2

2B. DESOCUPADA

- En venta o alquiler..... 3
 En reparación o construcción..... 4
 De veraneo o temporal..... 5
 Otro motivo _____ 6

Pase a la
siguiente
vivienda

(especifique)

6. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL TECHO DEL EDIFICIO O CASA?

- Losa de concreto..... 1
 Teja..... 2
 Otro tipo de tejas (tejalit, panalit,
techolit, entre otras)..... 3
 Metal (zinc, aluminio, entre otros)..... 4
 Madera..... 5
 Palma, paja o penca..... 6
 Otros materiales..... 7

3. ¿ES SU VIVIENDA...

Lea:

- Hipotecada?..... 1
 Alquilada?..... 2
 Propia?..... 3
 Cedida?..... 4
 Condenada?..... 5
 Otra? _____ 6

Pago mensual en B/.

(especifique)

7. ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL PISO DE ESTA VIVIENDA?

- Mosaico o baldosas, mármol y
parqué..... 1
 Pavimentado (concreto)..... 2
 Ladrillo..... 3
 Madera..... 4
 Tierra..... 5
 Otros materiales (caña, palos,
desechos, entre otros)..... 6

4. ¿EN QUÉ PERÍODO FUE CONSTRUIDA ESTA VIVIENDA...

Lea:

- Antes de 2000?..... 1
 Entre 2000 y 2005?..... 2
 Entre 2006 y 2010?..... 3
 No sabe?..... 4

8. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE LA VIVIENDA?

(No incluya la cocina, el servicio y el baño)

Número de cuartos.....

8A. DE ESTOS, ¿CUÁNTOS SON SÓLO PARA DORMIR?

9. ¿DE DÓNDE OBTIENEN PRINCIPALMENTE EL AGUA PARA BEBER...

Lea: →

- Acueducto público del IDAAN?..... 01
- Acueducto público de la comunidad?..... 02
- Acueducto particular?..... 03
- Pozo brocal protegido?..... 04
- Pozo brocal no protegido?..... 05
- Agua lluvia?..... 06
- Pozo superficial?..... 07
- Río, quebrada o lago?..... 08
- Carro cisterna?..... 09
- Agua embotellada?..... 10
- Otra?..... 11

**Conti-
núe
con la
preg. 10**

**Pase a
la
preg.
13**

(especifique)

10. ¿LAS INSTALACIONES DE AGUA PARA BEBER ESTÁN DENTRO DE LA VIVIENDA?

- Sí 1 No 2

11. ¿CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA LE LLEGA EL AGUA PARA BEBER...

Lea: →

Durante la estación seca?	Durante la estación lluviosa?
□	□

12. APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE LLEGA EL AGUA PARA BEBER...

Lea: →

Durante la estación seca?	Durante la estación lluviosa?
□ □ □	□ □ □

13. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO SANITARIO...

Lea: →

- De hueco o letrina?..... 1
- Conectado a alcantarillado?..... 2
- Conectado a tanque séptico?..... 3
- No tiene?..... 4

**Pase a la
pregunta
15**

Continúe

14. ¿QUÉ LUGAR UTILIZAN EN ESTA VIVIENDA CON MÁS FRECUENCIA PARA DEPOSITAR LAS EXCRETAS...

Lea: →

- Monte?..... 1
- Río o quebrada?..... 2
- Mar?..... 3
- Usa el servicio sanitario del vecino?..... 4
- Otro?..... 5

**Pase a
la
pregunta
16**

(especifique)

15. ¿EL USO DEL SERVICIO SANITARIO ES...

Lea: →

- Exclusivo de la vivienda?..... 1
- Compartido con otras viviendas?..... 2

16. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO TIENE LA VIVIENDA?

Eléctrico de compañía distribuidora 01

Eléctrico de la comunidad 02

Eléctrico propio (planta)..... 03

Querosín o diésel..... 04

Gas..... 05

Velas..... 06

Panel solar..... 07

Otro _____ 08

(especifique)

¿Cuánto se paga regularmente al mes? (en balboas)

No paga 9997

Incluido en el alquiler 9998

17. ¿CÓMO ELIMINAN LA BASURA EN ESTA VIVIENDA?

- Carro recolector público..... 1
- Carro recolector privado..... 2
- Incineración o quema..... 3
- Terreno baldío..... 4
- Entierro..... 5
- Río, quebrada, lago o mar..... 6
- Otra forma..... 7

(especifique)

18. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN CON MÁS FRECUENCIA PARA COCINAR?

- Gas..... 1
- Leña..... 2
- Electricidad..... 3
- Querosín..... 4
- Carbón..... 5
- No cocina..... 6

19. ¿SE UTILIZA PARTE DE ESTA VIVIENDA PARA ALGUNA ACTIVIDAD ECONÓMICA? (Labores de modistería, belleza, taller, kiosco o tienda, venta de frituras, entre otras)

- Sí 1 No 2

(especifique la actividad)

20. ¿LAS PERSONAS QUE HABITAN ESTA VIVIENDA UTILIZAN EN VACACIONES O FINES DE SEMANA, UNA SEGUNDA VIVIENDA, YA SEA PROPIA, ALQUILADA O CEDIDA?

- Sí 1 **Continúe** No 2 → **Continúe con la preg. 21**

20A. ¿Dónde está ubicada esa segunda vivienda... (Si usa más de una, refiérase a la más utilizada)

Lea: →

En este mismo lugar?..... 0001

En otro lugar poblado?

(especifique)

Corregimiento: _____

Distrito: _____

Provincia: _____

Prov. Dist. Correg. A.

- En otro país?..... 9998 **Continúe con la preg. 21**

Continúe con la preg. 21

Continúe con la preg. 21

NÚMERO DE HOGARES EN LA VIVIENDA

21. ¿CUÁNTOS HOGARES HABITAN EN ESTA VIVIENDA? CONSIDERE COMO HOGAR EL CONSTITUIDO POR PERSONAS QUE COMPARTEN UNA OLLA COMÚN Y UN SOLO PRESUPUESTO PARA SUS GASTOS.

Hogar (es)

III. DATOS DEL HOGAR

IMPORTANTE

UTILICE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR Y PROCEDA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- a. Para el PRIMERO de ellos, LLENE TODOS LOS CAPÍTULOS DEL CUESTIONARIO.
- b. Para el resto de los hogares, UTILICE UN CUESTIONARIO ADICIONAL, llene el Capítulo I. Localización de la Vivienda, trace una diagonal al Capítulo II. Datos de la vivienda y proceda a llenar el resto de los capítulos.

22. ¿SU HOGAR TIENE...

Lea:

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| a. Estufa?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | No <input type="radio"/> | 2 |
| b. Refrigeradora?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | No <input type="radio"/> | 2 |
| c. Lavadora?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | No <input type="radio"/> | 2 |
| d. Máquina de coser?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | No <input type="radio"/> | 2 |
| e. Teléfono residencial?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | No <input type="radio"/> | 2 |

¿Cuántos(as)?

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|--|--------------------------|---|
| f. Radio/equipo de sonido?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | No <input type="radio"/> | 2 |
| g. Abanico eléctrico?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | No <input type="radio"/> | 2 |
| h. Acondicionador de aire?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | No <input type="radio"/> | 2 |
| i. Teléfono celular?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | No <input type="radio"/> | 2 |
| j. Automóvil?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | No <input type="radio"/> | 2 |
| k. Televisor?..... | Sí <input type="radio"/> | 1 | <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | No <input type="radio"/> | 2 |

¿Conexión a TV por cable/satélite?.....

Sí 1 No 2

l. Computadora?..... Sí 1 No 2

¿Tiene conexión a Internet?.... Sí 1 No 2

23. AQUÍ O EN OTRO LUGAR, ¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR...

Lea:

- | | Sí | No |
|--|-------------------------|-------------------------|
| a. Sembró algún tipo de granos (arroz, maíz, frijol u otros), yuca, ñame, otoi, hortalizas, caña u otros cultivos en el 2009?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| b. Tiene plantas o árboles frutales o maderables o pastos?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| c. Tiene plantas medicinales u ornamentales para fines comerciales?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| d. Tiene ganado vacuno, cerdos, caballos, yeguas, mulas, machos, asnos, ovejas, cabras o chivos?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| e. Tiene cría de gallinas, patos, gansos, pavos, codornices o colmenas?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

EMIGRACIÓN INTERNACIONAL

24. EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS, ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR SE HA IDO A VIVIR PERMANENTEMENTE A OTRO PAÍS?

Sí 1

No 2 → Continúe con el Capítulo IV. Lista de ocupantes del hogar

1. Nombre de la persona	2. Sexo	3. ¿Qué edad tenía cuando se fue?	4. ¿En qué año se fue?	5. ¿A qué país se fue?
1. _____	H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2. _____	H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3. _____	H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4. _____	H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5. _____	H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

IV. LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR

DÍGAME LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE TODAS LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHE EN EL HOGAR, EMPEZANDO CON EL JEFE O JEFA DEL HOGAR Y CONTINÚE EN EL SIGUIENTE ORDEN: CÓNYUGE, LOS HIJOS(AS) SOLTEROS(AS) DE MAYOR A MENOR , LOS HIJOS(AS) CASADOS CON SUS CÓNYUGES E HIJOS, OTROS PARIENTES, LOS NO PARIENTES Y LOS MIEMBROS DEL SERVICIO DOMÉSTICO.

INCLUYA ADEMÁS, LOS QUE NO DURMIERON AQUÍ Y NO SE ALOJARON EN OTRA PARTE

1. Persona N.º	2. Nombre y apellido (la 1.ª persona de la lista debe ser el o la jefe(a))	3. Sexo	4. ¿Algún miembro de este hogar tiene alguna discapacidad física o mental? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 ¿Quién?	5. ¿Vive aquí alguna persona indígena? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> # ¿Quién?	6. ¿Alguna persona de este hogar se considera negro(a) o afrodescendiente? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 ¿Quién?
01		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08		H <input type="radio"/> 1 M <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE 8 PERSONAS, UTILICE UNO O MÁS CUESTIONARIO(S) ADICIONAL(ES) Y CONTINÚE CON LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR

Al finalizar la entrevista en el hogar, revise el cuestionario y verifique que el número de personas censadas en el interior del cuestionario, sea igual a las registradas en el Capítulo IV. Lista de ocupantes del hogar. Luego sume el total de personas por sexo y anote las cifras en las casillas respectivas.



TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hombres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mujeres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones sobre los datos de la vivienda, el hogar y la lista de ocupantes del hogar

V. CARACTERÍSTICAS GENERALES
(Para todas las personas)

1. JEFE(A).....○ 01

--	--

Núcleo

2. SEXO.....

Hombre ○ 1

Mujer ○ 2

3. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?

Años..... | | |

¿En qué fecha nació? | | | | | | | | | |
 día mes año

4. ¿TIENE USTED ACTUALMENTE SEGURO SOCIAL COMO:...

Lea: ↘

Asegurado(a) directo(a)?..... ○ 1

Beneficiario(a)?..... ○ 2

Jubilado(a) o pensionado(a) por vejez?..... ○ 3

Pensionado(a) (por accidente o enfermedad)?... ○ 4

Jubilado(a) o pensionado(a) de otro país?..... ○ 5

No tiene?..... ○ 6

5. ¿CUÁL ES SU ESTADO CONYUGAL ACTUAL...

Lea: ↘

Unido(a)?..... ○ 1

Separado(a) de matrimonio?..... ○ 2

Separado(a) de unión?..... ○ 3

Casado(a)?..... ○ 4

Divorciado(a)?..... ○ 5

Viudo(a)?..... ○ 6

Soltero(a)?..... ○ 7

Menor de 15 años?..... ○ 8

6. LIMITACIÓN(ES) DE SALUD...

Lea: ↘

a. ¿Aún con audífonos para sordera, tiene usted problemas para oír?..... ○ 1 ○ 2

b. ¿Aún usando lentes, tiene usted dificultades para ver?..... ○ 1 ○ 2

c. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para caminar o moverse?..... ○ 1 ○ 2

d. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para usar brazos y/o manos?..... ○ 1 ○ 2

e. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para hablar o comunicarse?..... ○ 1 ○ 2

f. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para aprender?..... ○ 1 ○ 2

HAGA ESTA PREGUNTA SI EN LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR (CAP. IV), EL NOMBRE DE LA PERSONA TIENE MARCADO EL CÍRCULO 1 (SÍ) EN LA PREGUNTA 4 (DISCAPACIDAD). EN CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÍRCULO 8, NINGUNA.

7. ¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL TIENE? (Marque la más grave)

Ceguera..... ○ 1

Sordera..... ○ 2

Retraso mental..... ○ 3

Parálisis cerebral..... ○ 4

Deficiencia física..... ○ 5

Problemas mentales..... ○ 6

Otra..... ○ 7
(especifique)

Ninguna..... ○ 8

HAGA ESTA PREGUNTA SI EN LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR (CAP. IV), EL NOMBRE DE LA PERSONA TIENE MARCADO EL CÍRCULO 1 (SÍ) EN LA PREGUNTA 5 (INDÍGENA). EN CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÍRCULO 10, NINGUNO.

8. ¿A QUÉ GRUPO INDÍGENA PERTENECE?

Kuna..... ○ 01

Ngäbe..... ○ 02

Buglé..... ○ 03

Naso/Teribe..... ○ 04

Bokota..... ○ 05

Emberá..... ○ 06

Wounaan..... ○ 07

Bri Bri..... ○ 08

Otro..... ○ 09
(especifique)

Ninguno..... ○ 10

HAGA ESTA PREGUNTA SI EN LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR (CAP. IV), EL NOMBRE DE LA PERSONA TIENE MARCADO EL CÍRCULO 1 (SÍ) EN LA PREGUNTA 6 (NEGRO(A) O AFRODESCENDIENTE). EN CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÍRCULO 5, NINGUNO.

9. ¿SE CONSIDERA USTED...

Lea: ↘

Negro(a) colonial?..... ○ 1

Negro(a) antillano(a)?..... ○ 2

Negro(a)?..... ○ 3

Otro?..... ○ 4
(especifique)

Ninguna..... ○ 5

10. ¿DÓNDE VIVÍA SU MADRE CUANDO USTED NACIÓ...

Lea: ↘

En este mismo lugar?..... 0001

Pase a la preg. 11

En otro lugar poblado?

(especifique)

Distrito:

Provincia o comarca indígena:

Prov.	Dist.	A.	

Pase a la preg. 11

En otro país?

(especifique)

País		

Continúe con la preg. 10A

10A. ¿EN QUÉ PERÍODO LLEGÓ USTED A PANAMÁ...

Antes de mayo de 2000?..... 1

De mayo de 2000 a abril de 2005?.... 2

De mayo de 2005 a la fecha?..... 3

11. ¿DÓNDE VIVE USTED PERMANENTEMENTE...

Lea: ↘

En este mismo lugar?..... 0001

Continúe con la preg. 12

En otro lugar poblado?

(especifique)

Distrito:

Provincia o comarca indígena:

Prov.	Dist.	A.	

Continúe con la preg. 12

En otro país?..... 9998

Termine la entrevista con esta persona

12. ¿DÓNDE VIVÍA ANTES DE VENIR A VIVIR AL LUGAR DONDE VIVE PERMANENTEMENTE...

Lea: ↘

En este mismo lugar?..... 0001

Pase a la preg. 13

En otro lugar poblado?

(especifique)

Distrito:

Provincia o comarca indígena:

Prov.	Dist.	A.	

Continúe con la preg. 12A

En otro país?

(especifique)

País		

Continúe con la preg. 12A

12A. ¿EN QUÉ PERÍODO LLEGÓ AL LUGAR DONDE VIVE PERMANENTEMENTE.....

Lea: ↘

Antes de mayo de 2000?..... 1

De mayo de 2000 a abril de 2005?..... 2

De mayo de 2005 a la fecha?..... 3

VI. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS
(Para las personas de 4 y más años de edad)

Si tiene menos de 4 años, pase a la pregunta 28

13. ¿ASISTE A LA ESCUELA ACTUALMENTE?

Sí 1 No 2

14. ¿QUÉ NIVEL Y QUÉ GRADO O AÑO ESCOLAR MÁS ALTO APROBÓ?

Ningún grado..... 01

Preescolar..... 02

Enseñanza especial..... 03

Primaria..... 1

Vocacional..... 2

Secundaria..... 3

Superior no universitaria..... 4

Superior universitaria..... 5

Especialidad (postgrado)..... 6

Maestría..... 7

Doctorado..... 8

Continúe con la preg. 15

Pase a la preg. 16

HAGA ESTAS PREGUNTAS A LAS PERSONAS DE 10 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Si tiene menos de 10 años, pase a la pregunta 28

15. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? (Marque Sí, sólo cuando sabe hacer ambas cosas)

Sí 1 → Continúe con la pregunta 16

No 2 → Pase al Cap. VII. Caract. Económicas, preg. 17

16. ¿QUÉ DIPLOMA O TÍTULO TIENE?

(especifique)

Ninguno..... 0001

VII. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS
(Para las personas de 10 y más años de edad)

Si tiene menos de 10 años, pase a la pregunta 28

17. ¿TRABAJÓ LA SEMANA PASADA?

Sí 1 → Pase a la pregunta 23

No 2 → Continúe con la pregunta 18

18. ¿TIENE UN TRABAJO DEL CUAL ESTUVO AUSENTE TEMPORALMENTE, LA SEMANA PASADA?

Sí 1 → Pase a la pregunta 23

No 2 → Continúe con la pregunta 19

19. ¿REALIZÓ LA SEMANA PASADA ALGÚN TRABAJO POR EL CUAL RECIBIÓ DINERO COMO: VENDER LOTERÍA, PERIÓDICO, HACER COMIDA; LAVAR, PLANCHAR O COSER ROPA; LAVAR AUTOS, LIMPIAR ZAPATOS, CORTAR MONTE, TEJER, HACER SOMBREROS, ENTRE OTROS?

Sí 1 → Pase a la pregunta 23

No 2 → Continúe con la pregunta 20

20. ¿BUSCÓ TRABAJO LA SEMANA PASADA?

- Sí 1 → **Pase a la pregunta 23**
 No 2 → **Continúe con la pregunta 21**

21. ¿BUSCÓ TRABAJO EL MES PASADO?

- Sí 1 → **Pase a la pregunta 23**
 No 2 → **Continúe con la pregunta 22**

22. ¿POR QUÉ MOTIVO NO ESTUVO BUSCANDO TRABAJO LA SEMANA PASADA?

Lea: ↘

- Hace trabajos por periodos fijos..... 01
 Ya consiguió trabajo..... 02
 Buscó antes y espera noticias..... 03
 Se cansó de buscar trabajo..... 04
 Jubilado(a) o pensionado(a) por vejez..... 05
 Pensionado(a) (por accidente o enfermedad)..... 06
 Estudiante solamente..... 07
 Ama de casa solamente o trabajador del hogar..... 08
 Incapacitado(a) permanentemente para trabajar..... 09
 Edad avanzada (70 y más años)..... 10
 Otros(as) inactivos(as)..... 11

Continúe con la preg. 23

Pase a la preg. 28

(especifique)

23. ¿QUÉ OCUPACIÓN, OFICIO O TRABAJO REALIZÓ LA SEMANA PASADA O LA ÚLTIMA VEZ QUE TRABAJÓ? Si tiene más de un trabajo anote la ocupación de su trabajo principal. Considere como trabajo principal, el que le genera mayor ingreso.

Ocupación principal

Nunca ha trabajado 9998 → **Pase a la pregunta 28**

24. ¿DÓNDE TRABAJA O TRABAJÓ LA ÚLTIMA VEZ?

(Anote el nombre del establecimiento, empresa o institución; si trabaja en la calle, en su casa, en casa de familia, en finca agropecuaria, entre otros, anote lo que declare el o la informante).

25. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ESTABLECIMIENTO O EMPRESA DONDE USTED TRABAJA O TRABAJÓ LA ÚLTIMA VEZ?

Actividad principal de la empresa o establecimiento

26. ¿TRABAJA O TRABAJÓ LA ÚLTIMA VEZ COMO...

Lea: ↘

- Empleado(a) del Gobierno?..... 01
 Empleado(a) de una Organización sin fines de lucro?..... 02
 Empleado(a) de una Cooperativa?..... 03
 Empleado(a) de Empresa Privada?..... 04
 Empleado(a) del Servicio Doméstico?..... 05
 Empleado(a) de la Comisión del Canal o Sitios de Defensa?..... 06
 Independiente o por Cuenta propia?..... 07
 Patrono(a) (Dueño(a))?..... 08
 Miembro de una Cooperativa de Producción?..... 09
 Trabajador(a) Familiar?..... 10

Continúe con la preg. 27

Pase a la preg. 28

27. ¿ES O ERA EMPLEADO(A)...

Lea: ↘

- Permanente?..... 1
 Contrato por obra determinada?..... 2
 Contrato definido?..... 3
 Contrato indefinido?..... 4
 Sin contrato escrito?..... 5

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

28. ¿CUÁL FUE SU INGRESO EL MES PASADO POR...

Lea: ↘

¿Cuánto (en balboas)?

- a. Sueldo o salario bruto?.....
 b. Décimo tercer mes?.....
 c. Ingreso por trabajo independiente o por cuenta propia?...
 d. Jubilación o pensión por vejez?.....
 e. Pensión (por accidente, enfermedad, sobreviviente u otra)?.....
 f. Ayuda de instituciones o de otra(s) persona(s) que no vive(n) con usted:
 1) Pensión alimenticia?..
 2) Dinero?.....
 3) Otros?.....
 (especifique)
 g. Alquileres, rentas, intereses o beneficios?.....
 h. Becas?.....
 i. Ventas agropecuarias?.....
 j. Otros ingresos?.....

28A. Ingreso:

Si tiene ingreso 1 No tiene ingreso 2 No declarado 3

VIII. CARACTERÍSTICAS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

(Para las mujeres de 12 y más años de edad)

29. ¿CUÁNTOS HIJOS E HIJAS NACIDOS(AS) VIVOS(AS) HA TENIDO?

Total de hijos(as) tenidos **Continúe con la pregunta 30**

Ninguno o ninguna 00 → **Pase a la siguiente persona**

30. DE ESTOS(AS), ¿CUÁNTOS(AS) ESTÁN VIVOS(AS)?

Total de hijos(as) vivos(as)

SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD, CON DECLARACIÓN DE HIJOS(AS) NACIDOS(AS) VIVOS(AS) TENIDOS(AS)

31. ¿DE SUS HIJOS E HIJAS NACIDOS(AS) VIVOS, TUVO ALGUNO(A) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Si 1 Fecha de nacimiento
 día mes año
Continúe con la preg. 32
 No 2 → **Pase a la siguiente persona**

32. ¿ESTÁ VIVO(A) ESE(A) NIÑO O NIÑA?

Si 1 No 2

V. CARACTERÍSTICAS GENERALES
(Para todas las personas)

1. ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON EL JEFE O LA JEFA DEL HOGAR?

- Cónyuge del jefe o la jefa..... 02
- Hijo(a)..... 03
- Yerno o nuera..... 04
- Nieto(a) o bisnieto(a)..... 05
- Padre o madre del Jefe(a)..... 06
- Suegro(a)..... 07
- Otro pariente..... 08
(especifique)
- Servicio doméstico..... 09
- No pariente..... 10

Núcleo					

2. SEXO.....

- Hombre 1
- Mujer 2

3. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?

Menos de un año 000

Años.....

¿En qué fecha nació?

día mes año

4. ¿TIENE USTED ACTUALMENTE SEGURO SOCIAL COMO:...

Lea: ↘

- Asegurado(a) directo(a)?..... 1
- Beneficiario(a)?..... 2
- Jubilado(a) o pensionado(a) por vejez?..... 3
- Pensionado(a) (por accidente o enfermedad)?... 4
- Jubilado(a) o pensionado(a) de otro país?..... 5
- No tiene?..... 6

5. ¿CUÁL ES SU ESTADO CONYUGAL ACTUAL...

Lea: ↘

- Unido(a)?..... 1
- Separado(a) de matrimonio?..... 2
- Separado(a) de unión?..... 3
- Casado(a)?..... 4
- Divorciado(a)?..... 5
- Viudo(a)?..... 6
- Soltero(a)?..... 7
- Menor de 15 años?..... 8

6. LIMITACIÓN(ES) DE SALUD...

Lea: ↘

- | | Sí | No |
|---|-------------------------|-------------------------|
| a. ¿Aún con audífonos para sordera, tiene usted problemas para oír?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| b. ¿Aún usando lentes, tiene usted dificultades para ver?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| c. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para caminar o moverse?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| d. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para usar brazos y/o manos?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| e. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para hablar o comunicarse?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| f. ¿Tiene usted alguna dificultad permanente para aprender?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

HAGA ESTA PREGUNTA SI EN LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR (CAP. IV), EL NOMBRE DE LA PERSONA TIENE MARCADO EL CÍRCULO 1 (SÍ) EN LA PREGUNTA 4 (DISCAPACIDAD). EN CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÍRCULO 8, NINGUNA.

7. ¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL TIENE? (Marque la más grave)

- Ceguera..... 1
- Sordera..... 2
- Retraso mental..... 3
- Parálisis cerebral..... 4
- Deficiencia física..... 5
- Problemas mentales..... 6
- Otra..... 7
(especifique)
- Ninguna..... 8

HAGA ESTA PREGUNTA SI EN LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR (CAP. IV), EL NOMBRE DE LA PERSONA TIENE MARCADO EL CÍRCULO 1 (SÍ) EN LA PREGUNTA 5 (INDÍGENA). EN CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÍRCULO 10, NINGUNO.

8. ¿A QUÉ GRUPO INDÍGENA PERTENECE?

- Kuna..... 01
- Ngäbe..... 02
- Buglé..... 03
- Naso/Teribe..... 04
- Bokota..... 05
- Emberá..... 06
- Wounaan..... 07
- Bri Bri..... 08
- Otro..... 09
(especifique)
- Ninguno..... 10

HAGA ESTA PREGUNTA SI EN LA LISTA DE OCUPANTES DEL HOGAR (CAP. IV), EL NOMBRE DE LA PERSONA TIENE MARCADO EL CÍRCULO 1 (SÍ) EN LA PREGUNTA 6 (NEGRO(A) O AFRODESCENDIENTE). EN CASO CONTRARIO, MARQUE EL CÍRCULO 5, NINGUNO.

9. ¿SE CONSIDERA USTED...

Lea: ↘

- Negro(a) colonial?..... 1
- Negro(a) antillano(a)?..... 2
- Negro(a)?..... 3
- Otro?..... 4
(especifique)
- Ninguna..... 5