

LA INFORMACION SOLICITADA ES CONFIDENCIAL  
Decreto Legislativo No. 86-2000 del 8 de Julio de 2000

BOLETA ADICIONAL

☐

Llene la ubicación geográfica, pase a la sección D y continúe con la sección F.

BOLETA PARA  
OTRO HOGAR

☐

Llene la ubicación geográfica, pase a la sección C y continúe la entrevista.

### SECCION A. UBICACION GEOGRAFICA

1. DEPARTAMENTO

7. ALDEA

2. MUNICIPIO

8. CIUDAD O CASERIO

3. AREA

9. BARRIO O COLONIA

4. ZONA

10. MANZANA

5. SECTOR

6. SEGMENTO

11. No. DE VIVIENDA  
EN EL RECORRIDO

12. No. DE HOGAR

DIRECCION EXACTA: (calle, avenida, carretera, camino, etc.)

### SECCION B. DATOS DE LA VIVIENDA

#### 1. TIPO DE VIVIENDA

##### PARTICULAR

- Casa Independiente ----- ☐ 01  
Apartamento ----- ☐ 02  
Cuarto en mesón o cuartería ----- ☐ 03  
Local no construido para vivienda ----- ☐ 04  
Rancho ----- ☐ 05  
Casa improvisada ----- ☐ 06  
Otro tipo de vivienda particular ----- ☐ 07

##### COLECTIVA

- Hotel, pensión, casa de huéspedes ----- ☐ 08  
Hospital, sanatorio o clínica ----- ☐ 09  
Orfanato o asilo ----- ☐ 10  
Cuartel, batallón o posta policial ----- ☐ 11  
Prisión o reformatorio ----- ☐ 12  
Otro tipo de vivienda colectiva ----- ☐ 13

Pase a la sección F

#### MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

#### 2. ¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores de la vivienda?

- Ladrillo rañón ----- ☐ 1  
Piedra rajada o cantera ----- ☐ 2  
Bloque de cemento o concreto ----- ☐ 3  
Adobe ----- ☐ 4  
Madera ----- ☐ 5  
Bahareque ----- ☐ 6  
Palo o caña ----- ☐ 7  
Material de desecho ----- ☐ 8  
Otro ----- ☐ 9

#### 3. ¿Cuál es el material predominante en el techo de la vivienda?

- Teja de barro ----- ☐ 1  
Lámina de asbesto ----- ☐ 2  
Lámina de zinc ----- ☐ 3  
Concreto ----- ☐ 4  
Madera ----- ☐ 5  
Paja, palma o similar ----- ☐ 6  
Material de desecho ----- ☐ 7  
Lámina de aluzinc ----- ☐ 8  
Otro ----- ☐ 9

#### 4. Condición de ocupación de la vivienda OCUPADA

- Con personas presentes ----- ☐ 1  
Con personas ausentes ----- ☐ 2

Después de 3 visitas  
finalice aquí la boleta

#### DESOCUPADA

- Para alquilar o vender ----- ☐ 3  
De uso temporal ----- ☐ 4  
En reparación ----- ☐ 5  
En construcción ----- ☐ 6  
Otro ----- ☐ 7

Finalice la boleta.  
Pase a otra vivienda

#### SOLO PARA VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS CON PERSONAS PRESENTES

#### 5. ¿Cuál es el material predominante en el piso de la vivienda?

- Tierra ----- ☐ 1  
Plancha de cemento ----- ☐ 2  
Madera ----- ☐ 3  
Ladrillo de cemento ----- ☐ 4  
Ladrillo de terrazo o granito ----- ☐ 5  
Ladrillo de barro ----- ☐ 6  
Cerámica ----- ☐ 7  
Otro ----- ☐ 8

#### SERVICIOS BASICOS DE LA VIVIENDA

#### 6. ¿Cómo se obtiene el agua para la vivienda?

- Por tubería dentro de la vivienda ----- ☐ 1  
Por tubería fuera de la vivienda, pero  
dentro del edificio, lote o propiedad ----- ☐ 2  
Por tubería, fuera del edificio, lote o  
propiedad ----- ☐ 3  
No recibe agua por tubería, si no por otros  
medios ----- ☐ 4

#### 7. ¿De dónde proviene el agua que se utiliza en la vivienda?

- Del sistema público ----- ☐ 1  
Del sistema privado ----- ☐ 2  
De pozo malacate ----- ☐ 3  
De pozo con bomba ----- ☐ 4  
De vertiente, río o arroyo ----- ☐ 5  
De lago o laguna ----- ☐ 6  
De vendedor o repartidor ambulante ----- ☐ 7  
Otro ----- ☐ 8

#### 8. ¿Cuál es el principal tipo de alumbrado que utiliza?

- Electricidad del sistema público ----- ☐ 1  
Electricidad del sistema privado ----- ☐ 2  
Electricidad de motor propio ----- ☐ 3  
Candil o lámpara de gas (Kerosene) ----- ☐ 4  
Vela ----- ☐ 5  
Ocote ----- ☐ 6  
Panel solar ----- ☐ 7  
Otro ----- ☐ 8

#### ELIMINACION DE LA BASURA

#### 9. Principalmente, ¿Cómo elimina la basura?

- Recolección domiciliaria pública ----- ☐ 1  
Recolección domiciliaria privada ----- ☐ 2  
La deposita en contenedores ----- ☐ 3  
La entierra ----- ☐ 4  
La prepara para abono ----- ☐ 5  
La quema ----- ☐ 6  
La tira a la calle, río, quebrada, lago o mar ----- ☐ 7  
Paga a particulares para que la boten ----- ☐ 8  
Otra forma ----- ☐ 9

#### 10. Sin contar baños ni pasillos, ¿Cuántas piezas en total tiene la vivienda?

Total de piezas

#### 11. ¿En esta vivienda hay alguna persona o grupo de personas que compran y consumen los alimentos por separado?

Si

☐ 1

No

☐ 2

Pase a la Sección C

#### 12. Incluyendo el suyo ¿Cuántos grupos u hogares hay en total?

Total de hogares

A partir del segundo hogar, utilice otra boleta y  
marque la casilla de BOLETA PARA OTRO HOGAR

#### CUADRO RESUMEN

Recuerde llenar este resumen una vez que concluya  
la entrevista

Total

Hombres

Mujeres

SECCION C. DATOS DEL HOGAR

PIEZAS DEL HOGAR

1. ¿Cuántas piezas utiliza este hogar para dormir?

2. ¿Tiene este hogar una pieza para cocinar?

Si ☐ 1

No ☐ 2

Pase a la pregunta 4

3. ¿La pieza para cocinar solamente la utiliza este hogar?

Si ☐ 1

No ☐ 2

ENERGIA PARA COCINAR

4. ¿Cuál es la principal fuente de energía para cocinar?

Leña ☐ 1

Gas (Kerosene) ☐ 2

Gas propano (Chimbo) ☐ 3

Electricidad ☐ 4

Otro ☐ 5

No cocina ☐ 6

SERVICIO SANITARIO

5. ¿Qué tipo de sanitario tiene?

Inodoro conectado a red de alcantarillado? ☐ 1

Inodoro conectado a pozo séptico? ☐ 2

Inodoro con descarga a río, quebrada, laguna, mar o lago? ☐ 3

Letrina de pozo simple? ☐ 4

Letrina con cierre hidráulico? ☐ 5

Otro? ☐ 6

No tiene? ☐ 7

Pase a la pregunta 7

6. ¿El servicio sanitario, ¿Es de uso exclusivo del hogar?

Si ☐ 1

No ☐ 2

COMODIDAD Y EQUIPAMIENTO

7. ¿Tiene automóvil propio para uso del hogar?

Tiene uno ☐ 1

Tiene más de uno ☐ 2

No tiene ☐ 3

8. ¿Tiene este hogar alguno de los siguientes aparatos, equipos o servicios?

Si

No

1. Refrigeradora

☐

☐

2. Lavadora eléctrica

☐

☐

3. Radio, radio grabadora o equipo de sonido

☐

☐

4. Juegos electrónicos: playstation, wii, nintendo

☐

☐

5. Máquina de coser

☐

☐

6. Televisor

☐

☐

7. Aire acondicionado

☐

☐

8. Computadora

☐

☐

9. Teléfono fijo

☐

☐

10. Estufa de 4 hornillas

☐

☐

11. Microondas

☐

☐

12. Servicio de cable de televisión

☐

☐

13. Servicio de Internet

☐

☐

TENENCIA

9. La vivienda que ocupa este hogar es:

Propia? ☐ 1

Propia, pagándola a plazos? ☐ 2

Alquilada? ☐ 3

Prestada o cedida sin pago? ☐ 4

Cedida por servicios de trabajo? ☐ 5

SECCION D. COMPOSICION DEL HOGAR

1. Incluyendo los recién nacidos, niños, niñas, ancianos, ancianas, empleados y empleadas domésticas con dormida adentro. ¿Cuántas personas en total conforman habitualmente este hogar?

Total

Hombres

Mujeres

2. ¿Cuál es el nombre y apellido de cada una de las personas que conforman habitualmente este hogar?

Empiece por el jefe o jefa del hogar y siga el siguiente orden:

1. Jefe o Jefa del hogar

2. Cónyuge o pareja

3. Hijo(a) o hijastro(a)

4. Yerno o Nuera

5. Nieto(a)

6. Padre o madre

7. Suegro(a)

8. Hermano(a)

9. Cuñado(a)

10. Sobrino(a)

11. Otro pariente

12. Empleado(a) domestico(a) y sus familiares

13. Otro no pariente

Número Orden

Nombre y apellido

Parentesco con el jefe(a) de hogar

Edad (años cumplidos)

Número Orden

Nombre y apellido

Parentesco con el jefe(a) de hogar

Edad (años cumplidos)

Si hay más de 9 personas, utilice otra boleta y marque la casilla de BOLETA ADICIONAL

NOTA: Asegúrese de haber incluido en la lista a los(as) recién nacidos(as), niños (as), ancianos (as) y empleados(as) domésticos(as) y otras personas que viven en el hogar y se encuentran temporalmente ausentes. Si hay más de 9 personas, utilice otra boleta, y marque la casilla boleta adicional.

SECCION E. MIGRACION INTERNACIONAL Y MORTALIDAD

1. En los últimos 10 años (a partir de 2003), alguna persona que pertenecía a este hogar ¿Actualmente vive en otro país?

Si ☐ 1 ¿Cuántas personas?

No ☐ 2

No. de orden

Sexo

Hombre = 1

Mujer = 2

Año de salida

Edad que tenía cuando se fue del país

País donde vive actualmente

Uso INE

☐ 1

☐ 2

☐ 1

☐ 2

☐ 1

☐ 2

☐ 1

☐ 2

☐ 1

☐ 2

2

Pase a Sección F

| N. | Nombre y apellido de la persona que falleció | La persona era:<br><br>Hombre =1<br>Mujer = 2 | Edad al morir | Registró el fallecimiento en el Registro Nacional de las Personas?<br><br>Si =1 No =2 | Si la persona fallecida era mujer entre 12 y 49 años, indique si murió:                            |
|----|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                              |                                               |               |                                                                                       | 1 = En el embarazo<br>2 = En el parto<br>3 = En los 2 meses después del parto<br>4= Por otra causa |
|    |                                              | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 |               | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2                                         |                                                                                                    |
|    |                                              | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 |               | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2                                         |                                                                                                    |
|    |                                              | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 |               | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2                                         |                                                                                                    |
|    |                                              | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 |               | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2                                         |                                                                                                    |
|    |                                              | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 |               | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2                                         |                                                                                                    |

|                            |  |                          |
|----------------------------|--|--------------------------|
| No. de orden de la persona |  | Nombre y apellido: _____ |
|----------------------------|--|--------------------------|

| <b>PARA TODAS LAS PERSONAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>PARA TODAS LAS PERSONAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>PARA TODAS LAS PERSONAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|---------|--------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|---------|---------------------|----------------------------------------|------------------------------|---------|------------------|-----------------|-------------------------------|-------------|---------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. ¿Qué relación o parentesco tiene (nombre) con el jefe o jefa del hogar?</b><br><br>Jefe o Jefa del hogar _____ <input type="checkbox"/> 01<br>Cónyuge o pareja _____ <input type="checkbox"/> 02<br>Hijo(a) o hijastro(a) _____ <input type="checkbox"/> 03<br>Yerno o Nuera _____ <input type="checkbox"/> 04<br>Nieto(a) _____ <input type="checkbox"/> 05<br>Padre o madre _____ <input type="checkbox"/> 06<br>Suegro(a) _____ <input type="checkbox"/> 07<br>Hermano(a) _____ <input type="checkbox"/> 08<br>Cuñado(a) _____ <input type="checkbox"/> 09<br>Sobrino(a) _____ <input type="checkbox"/> 10<br>Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> 11<br>Empleado(a) domestico(a) y sus familiares _____ <input type="checkbox"/> 12<br>Otro no pariente _____ <input type="checkbox"/> 13<br>Residentes en vivienda colectiva _____ <input type="checkbox"/> 14 | <b>6. ¿A qué pueblo pertenece (nombre) ?</b><br><br>Maya -Chortí <input type="checkbox"/> 1      Tolupán <input type="checkbox"/> 6<br><br>Lenca <input type="checkbox"/> 2      Tawahka <input type="checkbox"/> 7<br><br>Miskito <input type="checkbox"/> 3      Garífuna <input type="checkbox"/> 8<br><br>Nahua <input type="checkbox"/> 4      Negro de <input type="checkbox"/> 9<br>habla inglesa<br>Pech <input type="checkbox"/> 5      Otro: _____<br>Especifique _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>8 ¿Dónde nació (nombre) :</b><br><br><b>A.</b> En este municipio? _____ <input type="checkbox"/> 1<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 150px;">Pase a la pregunta 9</div> <b>B.</b> En otro municipio del país? _____ <input type="checkbox"/> 2<br>Municipio _____ <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div><br>Departamento _____ <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div><br>Año de llegada a Honduras → <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div><br><div style="clear: both;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 150px;">Si la persona tiene menos de 3 años siga con la siguiente persona</div>                                               |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>2. ¿Sexo?</b><br>Hombre <input type="checkbox"/> 1      Mujer <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>7. Tiene (nombre) de manera permanente alguna limitación para:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">Si (1)</th> <th style="width: 10%;">No (2)</th> <th style="width: 40%;">Su limitación es por:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Moverse o caminar</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="4"> 1 = Nacimiento<br/> 2= Enfermedad<br/> 3 = Accidente<br/> 4 = Edad </td> </tr> <tr> <td>2. Usar sus brazos o manos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Ver, aún usando lentes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Oír, aún usando aparatos especiales</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Hablar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Tiene algún retraso o deficiencia mental</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Cuidarse a sí mismo (bañarse, vestirse o alimentarse)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Otra deficiencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si (1)                                                       | No (2) | Su limitación es por: | 1. Moverse o caminar |               |         | 1 = Nacimiento<br>2= Enfermedad<br>3 = Accidente<br>4 = Edad | 2. Usar sus brazos o manos |                           |       | 3. Ver, aún usando lentes   |         |                     | 4. Oír, aún usando aparatos especiales |                              |         | 5. Hablar        |                 |                               |             | 6. Tiene algún retraso o deficiencia mental |  |  |  | 7. Cuidarse a sí mismo (bañarse, vestirse o alimentarse) |  |  |  | 8. Otra deficiencia |  |  |  | <b>C.</b> En otro país? _____ <input type="checkbox"/> 3<br>País _____ <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div><br><div style="clear: both;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Si (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Su limitación es por:                                        |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 1. Moverse o caminar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 = Nacimiento<br>2= Enfermedad<br>3 = Accidente<br>4 = Edad |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2. Usar sus brazos o manos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3. Ver, aún usando lentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4. Oír, aún usando aparatos especiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5. Hablar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6. Tiene algún retraso o deficiencia mental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 7. Cuidarse a sí mismo (bañarse, vestirse o alimentarse)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8. Otra deficiencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>3. ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre) ?</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> Menor de un año, anote 000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>9. ¿Sabe leer y escribir (nombre) ?</b><br>Si <input type="checkbox"/> 1      No <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>4. ¿Se encuentra inscrito(a) (nombre) en el Registro Nacional de las Personas?</b><br>Si <input type="checkbox"/> 1      No <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>10. ¿Actualmente (nombre) está estudiando en algún centro educativo como prebásica, escuela, colegio o universidad?</b><br>Si <input type="checkbox"/> 1      No <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>5. ¿Cómo se autoidentifica (nombre):</b><br><br>Indígena? <input type="checkbox"/> 1<br>Afrohondureño(a)? <input type="checkbox"/> 2<br>Negro (a)? <input type="checkbox"/> 3<br>Mestizo (a)? <input type="checkbox"/> 4<br>Blanco (a)? <input type="checkbox"/> 5<br>Otro? <input type="checkbox"/> 6<br><div style="margin-top: 10px;"> Especifique _____<br/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a la pregunta 7</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>11. ¿Cuál fue el último grado, curso o año que aprobó (nombre) en ese centro educativo?</b><br><table style="width: 100%;"> <tr><td>1. Ninguno</td><td>0</td></tr> <tr><td>2. Alfabetización</td><td>0</td></tr> <tr><td>3. Pre-básica</td><td>0 1 2 3</td></tr> <tr><td>4. Básica</td><td>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>5. Secundaria ciclo común</td><td>1 2 3</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> Pase a la pregunta 14 Y para los menores de 5 años finalice la entrevista. </div> <table style="width: 100%;"> <tr><td>6. Secundaria diversificado</td><td>1 2 3 4</td></tr> <tr><td>7. Técnico superior</td><td>1 2 3</td></tr> <tr><td>8. Superior no universitaria</td><td>1 2 3 4</td></tr> <tr><td>9. Universitaria</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td>10. Post-gradno universitario</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> </table> | 1. Ninguno                                                   | 0      | 2. Alfabetización     | 0                    | 3. Pre-básica | 0 1 2 3 | 4. Básica                                                    | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9        | 5. Secundaria ciclo común | 1 2 3 | 6. Secundaria diversificado | 1 2 3 4 | 7. Técnico superior | 1 2 3                                  | 8. Superior no universitaria | 1 2 3 4 | 9. Universitaria | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 10. Post-gradno universitario | 1 2 3 4 5 6 |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 1. Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2. Alfabetización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3. Pre-básica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0 1 2 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4. Básica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5. Secundaria ciclo común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 2 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6. Secundaria diversificado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 2 3 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 7. Técnico superior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 2 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8. Superior no universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 2 3 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 9. Universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 2 3 4 5 6 7 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 10. Post-gradno universitario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>12. ¿Finalizó (nombre) esa carrera o especialidad?</b><br>Si <input type="checkbox"/> 1      No <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>13. ¿Cuál es el nombre de la carrera o especialidad del último año aprobado?</b><br>_____<br><div style="background-color: #cccccc; width: 40px; height: 20px; float: right;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |        |                       |                      |               |         |                                                              |                            |                           |       |                             |         |                     |                                        |                              |         |                  |                 |                               |             |                                             |  |  |  |                                                          |  |  |  |                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD

14. ¿Dónde vivía (nombre) hace 5 años?

A. En este caserío, aldea o ciudad?

1

Pase a la pregunta 15

B. En otro lugar del país?

2

Caserío, aldea o ciudad

Uso INE

Municipio

Uso INE

Departamento

Uso INE

C. En otro país?

3

País

Uso INE

15. ¿Trabajó (nombre) al menos una hora durante la semana pasada?

(Excluya los quehaceres del hogar)

Si

1

No

2

Pase a la pregunta 17

16. Durante la semana pasada (nombre) :

A

¿Atendió cultivos agrícolas, forestales, o crianza de animales de su propiedad o de un familiar?

01

¿Atendió, ayudó en algún negocio o taller propio o familiar?

02

¿Preparó alimentos o elaboró artículos para la venta?

03

¿Tenía trabajo, pero no trabajó por estar de vacaciones, licencia, enfermedad, etc?

04

¿Buscó trabajo y había trabajado antes?

05

B

¿Buscó trabajo y nunca había trabajado?

06

¿Vivió de su jubilación o pensión?

07

¿Vivió de sus rentas?

08

¿Solo estudió?

09

¿Solo realizó quehaceres del hogar?

10

¿Está incapacitado permanentemente para trabajar?

11

Otro

12

Pase a la pregunta 22

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD

17. ¿Cuál es el nombre de la ocupación principal, oficio, o puesto que desempeña o desempeñaba (nombre) en este trabajo? Ejemplo: agricultor de maíz, carpintero de muebles, conductor de autobús, etc.

Uso INE

18. En ese trabajo, (nombre) ¿Se desempeña o desempeñaba como:

Empleado(a) u obrero(a), privado(a)?

1

Empleado(a) u obrero(a), público(a)?

2

Patrón(a) con empleados(as)?

3

Trabajador(a) independiente?

4

Trabajador(a) familiar sin pago?

5

Empleado(a) doméstico(a)?

6

Trabajador(a) no remunerado?

7

Otra

8

Especifique

19. ¿Cuántas horas trabajó (nombre) la semana pasada o durante la última en que trabajó?

Número de horas

20. ¿ A qué actividad se dedica o qué produce la empresa, institución o lugar donde trabaja o trabajó (nombre) la última vez? (Ejemplo: cultivo de maíz, fabricación de muebles, transporte de pasajeros, etc.)

Uso INE

21. ¿En qué municipio está ubicada la empresa, institución o lugar donde trabaja o trabajó (nombre) la última vez?

A. ¿En este municipio?

1

Pase a la pregunta 22

B. ¿En otro municipio del país?

2

Municipio

Uso INE

Departamento

Uso INE

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD

22. ¿Cuál es su estado conyugal actual (nombre)?

Unión libre

1

Casado(a)

2

Separado(a)

3

Divorciado(a)

4

Viudo(a)

5

Soltero(a)

6

23. ¿Tiene correo electrónico (nombre)?

Si

1

No

2

24. ¿Tiene celular (nombre)?

Si

1

No

2

Si es hombre y tiene 18 años y más de edad. Pase a la pregunta 30

PARA MUJERES DE 12 AÑOS Y MAS DE EDAD

25. ¿Ha tenido (nombre) algún hijo o hija nacido vivo?

Si

1

No

2

Pase a la pregunta 30

26. ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos ha tenido en total (nombre) ?

Total

27. ¿Cuántos hijos e hijas están actualmente vivos?

Total

28. ¿En qué fecha nació su último hijo o hija nacido vivo?

Día

Mes

Año

29. ¿Vive actualmente su último hijo o hija nacido vivo?

Si

1

No

2

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS Y MAS DE EDAD

30. ¿Tiene (nombre) tarjeta de identidad?

Si

No

4