

ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 2008

¿De quién se solicita la información?

NOMBRE _____

N.R.

Folio 2008

Resultado del cuestionario

CUESTIONARIO PARA PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas."



CONFIDENCIAL

ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 2008

CONFIDENCIAL

EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, NECESITAMOS HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS.

¿ME PERMITE FINALIZAR LA ENTREVISTA CON ESTE APARTADO?

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA
 :
 HRS. MIN.

APARTADO 1.1 INGRESOS MONETARIOS

PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS, PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR

1. Durante los meses de _____ a _____, ¿(NOMBRE) recibió dinero porque... ...tiene una beca?
Periodo de referencia ...alguna persona no integrante del hogar le da una pensión para alimentación o para estudios, etc.?

Cruce Cruce

SÍ Registre el ingreso NO → Pase a 2 ...le envían dinero de otro país?

Escriba el nombre y número del mes antes de iniciar la entrevista

CONCEPTO	CLAVE	INGRESOS MENSUALES											
		INGRESO DEL MES PASADO											
Pensiones originadas dentro del país	P032												
Pensiones provenientes de otros países	P033												
Becas provenientes de instituciones privadas o de organismos no gubernamentales	P037												
Becas provenientes del gobierno	P038												
Donativos provenientes de organizaciones no gubernamentales	P039												
Donativos provenientes de otros hogares	P040												
Ingresos provenientes de otros países	P041												
Beneficio de OPORTUNIDADES	P042												
Beneficios de otros programas sociales. (especifique):	P045												
Otros ingresos por transferencias no considerados anteriormente. (especifique):	P0__												

SECCIÓN II. ACCESO A LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

SERVICIOS MÉDICOS	SERVICIOS MÉDICOS	ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD
<p>1. Actualmente, ¿(NOMBRE) se encuentra inscrito al Seguro Popular?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1 → <i>Pase a 5</i> NO <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>5. Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>Centros de salud (Secretaría de Salud)..... <input type="checkbox"/> 01 Hospital o Instituto (Secretaría de Salud)..... <input type="checkbox"/> 02 Seguro Social o IMSS..... <input type="checkbox"/> 03 IMSS - Oportunidades..... <input type="checkbox"/> 04 ISSSTE..... <input type="checkbox"/> 05 ISSSTE estatal..... <input type="checkbox"/> 06 Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI, GDF)..... <input type="checkbox"/> 07 Consultorio y hospitales privados..... <input type="checkbox"/> 08 Consultorio de farmacias..... <input type="checkbox"/> 09 Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etc..... <input type="checkbox"/> 10 Se automedica..... <input type="checkbox"/> 11 Otro. (<i>especifique</i>):..... <input type="checkbox"/> 12 <input type="text"/> No sabe..... <input type="checkbox"/> 13</p>	<p>8. En todos estos casos, ¿recibió (NOMBRE) atención médica?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1 → <i>Pase a Sección III</i> NO <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>2. ¿(NOMBRE) está inscrito para recibir atención médica por parte de alguna institución?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1 → <i>Pase a 5</i> NO <input type="checkbox"/> 2</p>		<p style="text-align: center;"><i>MOTIVO DE NO ATENCIÓN</i></p>
<p>3. ¿(NOMBRE) en qué institución está inscrito?</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>IMSS..... <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE..... <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE estatal..... <input type="checkbox"/> 3 PEMEX, Defensa o Marina..... <input type="checkbox"/> 4 Otro (<i>especifique</i>):..... <input type="checkbox"/> 5 <input type="text"/></p>		<p>9. (NOMBRE) no se atendió ¿porque...</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>no hay dónde atenderse?..... <input type="checkbox"/> 01 es caro?..... <input type="checkbox"/> 02 no tenía dinero?..... <input type="checkbox"/> 03 la unidad médica, clínica u hospital queda lejos?..... <input type="checkbox"/> 04 no lo (la) atienden aunque vaya a la unidad médica?.... <input type="checkbox"/> 05 no le tiene confianza?..... <input type="checkbox"/> 06 lo (la) tratan mal donde se atiende?..... <input type="checkbox"/> 07 no hablan la misma lengua que usted?..... <input type="checkbox"/> 08 no quiso o no era necesario?..... <input type="checkbox"/> 09 hay que esperar mucho para ser atendido(a)?..... <input type="checkbox"/> 10 no le dan el medicamento que necesita?..... <input type="checkbox"/> 11 no tuvo tiempo?..... <input type="checkbox"/> 12 la unidad médica no estaba abierta?..... <input type="checkbox"/> 13 le dieron una cita hasta mucho tiempo después?..... <input type="checkbox"/> 14 no hubo quien lo llevara?..... <input type="checkbox"/> 15 no había médico en la unidad?..... <input type="checkbox"/> 16 se lo impidió un integrante de su casa?..... <input type="checkbox"/> 17 se auto medicó o auto recetó?..... <input type="checkbox"/> 18 otro motivo. (<i>especifique</i>):..... <input type="checkbox"/> 19 <input type="text"/> No sabe..... <input type="checkbox"/> 20</p>
<p>4. ¿(NOMBRE) está inscrito por...</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>algún familiar en el hogar?..... <input type="checkbox"/> 1 muerte del asegurado?..... <input type="checkbox"/> 2 algún familiar de otro hogar?..... <input type="checkbox"/> 3 No sabe..... <input type="checkbox"/> 4</p>	<p style="text-align: center;"><i>CONTROL DE PESO Y TALLA</i></p> <p>6. En los últimos doce meses ¿algún médico o enfermera ha pesado o medido a (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2</p>	
	<p style="text-align: center;"><i>ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD</i></p> <p>7. En los últimos doce meses, ¿sufrió (NOMBRE) de algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 → <i>Pase a Sección III</i></p>	

¿QUIÉN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

NOMBRE _____

N.R.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA

www.inegi.gob.mx

MÉXICO