

☐☐☐☐☐☐

FASE 1 WHO-ILAR-COPCORD-AGAR-GUATEMALA 2006-2007

☐ **ZONA 5 CIUDAD DE GUATEMALA / MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPÉQUEZ** ☐

Fecha: DIA: ☐☐ MES: ☐☐

Encuestador (a): Apellidos: _____ / _____ Nombres: _____ / _____

Información a la persona entrevistada:

Toda la información proporcionada por usted será confidencial y no le afectará negativamente en ninguna forma. Toda la información recabada será analizada y utilizada con fines de investigación, educación en salud, y planificación de los servicios de salud.

Instrucciones:

Marque / escriba en la casilla / espacio que corresponde. En algunas preguntas puede marcar varias casillas.

1. INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre completo de la persona entrevistada:

Apellidos: _____ / _____ Nombres: _____ / _____

Fecha de Nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

Género: M ☐ ☐ F

Grupo étnico: a) ☐ Indígena ☐ b) Ladino c) ☐ Garifuna ☐
d) Otro: _____

Idioma: Habla castellano /español: SI ☐ NO ☐

Habla idioma maya: NO ☐ SI ☐ Cuál? Kaqchikel ☐

Otro: _____

Dirección: a) Urbana ☐ b) Rural ☐

Nombre de la comunidad: _____

Colonia: _____ Número de Zona: _____ Avenida: _____ Calle: _____

Manzana: _____ Lote: _____ Número de Casa: _____

Teléfono de casa y celular: _____ / _____

2. ESTADO CIVIL:

a) Soltero(a) ☐ b) Casado(a) ☐ c) Unido(a) ☐

d) Divorciado(a) ☐ e) Separado(a) ☐ f) Viudo(a) ☐

a) Número total de embarazos b) Número de hijos vivos

c) Número de personas que habitan la vivienda

d) Número de personas de 15 años o más que habitan la vivienda

3. RELIGIÓN:

a) Católica ☐ b) Cristiano Evangélico ☐ c) Testigo de Jehová ☐ d) Mormón ☐
e) Otro ☐

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD:

a) No lee ni escribe ☐ b) Sólo lee ☐ c) Lee y escribe ☐

Años de escolaridad (Circular únicamente el último año aprobado):

d) Primaria: 1, 2, 3, 4, 5, 6 e) Secundaria: 1, 2, 3 f) Diversificado: 4, 5, 6

g) Universitaria: 1, 2, 3, 4, 5, 6 h) Postgrado: 1, 2, 3, 4

5. OCUPACIÓN/ TRABAJO ACTUAL:

a) Empleado(a) ☐ b) Desempleado(a): ☐ c) Jubilado(a) / Retirado(a): ☐

d) Estudiante ☐

☐ e) Ama de casa

☐ k) Jornalero

☐ f) Empleo doméstico

☐ l) Agricultor

☐ g) Dependiente de tienda o almacén

☐ m) Agente de seguridad

☐ h) Oficinista/ secretaria

☐ n) Carpintero

☐ i) Maestro(a)

☐ ñ) Comerciante

☐ j) Maquila

☐ o) Albañil

☐ p) Otro

6. TIPO DE OCUPACIÓN / TRABAJO POR LA ACTIVIDAD FÍSICA QUE DEMANDA:

a) Suave ☐ b) Moderada ☐ c) Pesada ☐

7. ¿HA DEJADO USTED DE TRABAJAR POR CAUSA DE ALGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE?

SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, mencione:

a) El nombre de la enfermedad o las consecuencias físicas del accidente (lesiones, golpes y fracturas, por ejemplo):

b) Permanece activa la enfermedad o le ha quedado alguna lesión permanente, dolor o incapacidad como resultado del accidente?

NO ☐ SI ☐

Especifique: _____

c) ¿Ha tenido usted que cambiar de trabajo por causa de alguna enfermedad?

NO ☐ SI ☐

En caso afirmativo, mencione: d) El nombre de la enfermedad: _____

e) El año cuando cambió de trabajo

8. ENFERMEDADES:

ENFERMEDADES ANTERIORES			ENFERMEDADES ACTUALES			FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL	
Enfermedades	NO	SI		NO	SI		
Dolor de cuerpo	☐	☐	Dolor de cuerpo	☐	☐	MES:	AÑO:
Dolor articular	☐	☐	Dolor articular	☐	☐	MES:	AÑO:
Dolor muscular	☐	☐	Dolor muscular	☐	☐	MES:	AÑO:
Presión Alta	☐	☐	Presión Alta	☐	☐	MES:	AÑO:

Diabetes			Diabetes			MES: AÑO:
Enfermedad del Corazón:			Enfermedad del Corazón:			
Nombre de la Enfermedad:			Nombre de la Enfermedad:			MES: AÑO:
Enfermedad del Estómago:			Enfermedad del Estómago:			
Nombre de la Enfermedad:			Nombre de la Enfermedad:			MES: AÑO:
Enfermedad Sistema Urinario:			Enfermedad Sistema Urinario:			
Nombre de la Enfermedad:			Nombre de la Enfermedad:			MES: AÑO:
Parálisis:			Parálisis:			
Tipo de Parálisis:			Tipo de Parálisis:			MES: AÑO:
Cáncer:			Cáncer:			
Tipo de Cáncer:			Tipo de Cáncer:			MES: AÑO:
Tuberculosis			Tuberculosis			
Tipo de Tuberculosis:			Tipo de Tuberculosis:			MES: AÑO:
Enfermedad de la Piel:			Enfermedad de la Piel:			
Tipo de Enfermedad:			Tipo de Enfermedad:			MES: AÑO:
Enfermedad de los Ojos:			Enfermedad de los Ojos:			
Tipo de Enfermedad:			Tipo de Enfermedad:			MES: AÑO:
Otras Enfermedades:			Otras Enfermedades:			
Nombre de la Enfermedad:			Nombre de la Enfermedad:			MES: AÑO:
Otras Enfermedades:			Otras Enfermedades:			
Nombre de la Enfermedad:			Nombre de la Enfermedad:			MES: AÑO:

NOTAS / OBSERVACIONES:

¡GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN!