

CUESTIONARIO PILOTO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

NÚMERO DE FOLIO

I. CONTROL DE LLENADO

DÍA: :
 MES: :
 AÑO: :
 HORA DE INICIO :
 HORA DE TÉRMINO :
 NOMBRE DEL ENCUESTADOR :
 NOMBRE DEL SUPERVISOR :
 CLAVE DEL ENCUESTADOR :
 CLAVE DEL SUPERVISOR :

II. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA : CLAVE ENTIDAD :
 MUNICIPIO O DELEGACIÓN : CLAVE DE MUNICIPIO O DEL. :
 LOCALIDAD : CLAVE DE LOCALIDAD :
 CLAVE AGEB : CLAVE MANZANA :
 REGISTRAR INCIDENCIAS : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

III. DOMICILIO

CALLE : COLONIA :
 NÚMERO EXTERIOR : NÚMERO INTERIOR : CÓDIGO POSTAL :
 ENTRE CALLES: 99. N/A
 NOMBRE DE CALLE : 99. N/A
 NOMBRE DE CALLE :
 NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO : 1. SI 2. NO 9. NP : TELÉFONO FIJO : 9. NP
 TELÉFONO CELULAR : 9. NP

OBSERVACIONES

CUESTIONARIO PILOTO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

V. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR												
DATOS GENERALES					EDUCACIÓN							
R E N G Ó N	1. ¿Cuál es el nombre de los integrantes de este hogar, empezando por el jefe o la jefa? (Incluya a los niños chiquitos, a los ancianos, a los huéspedes y también a los trabajadores domésticos, así como a los familiares de éstos que duermen aquí).	2. ¿Qué parentezco tiene (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar REGISTRAR 99 SI ES EL JEFE DEL HOGAR	3. ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	4. (NOMBRE) es...		5. ¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela?	6. ¿La escuela a la que asiste (NOMBRE) es...?		7. ¿Le otorgaron beca de algún programa público a (NOMBRE) para este año escolar?			
				1. Hombre	2. Mujer		1. Pública o de gobierno	2. Privada o de paga	1. Sí	2. NO		
NO.	NOMBRE	PARENTEZCO	EDAD	GÉNERO		ESCUELA	TIPO DE ESCUELA		BECA			
1				1	2	1	2	1	2	1	2	
2				1	2	1	2	1	2	1	2	
3				1	2	1	2	1	2	1	2	
4				1	2	1	2	1	2	1	2	
5				1	2	1	2	1	2	1	2	
6				1	2	1	2	1	2	1	2	
7				1	2	1	2	1	2	1	2	
8				1	2	1	2	1	2	1	2	
9				1	2	1	2	1	2	1	2	
10				1	2	1	2	1	2	1	2	

CUESTIONARIO PILOTO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

VI. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		CONDICIÓN LABORAL				SERVICIOS DE SALUD				
8. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó (NOMBRE) ?		9. ¿Actualmente (NOMBRE) trabaja?		10. ¿En qué tipo de empresa labora (NOMBRE)?	11. (NOMBRE) en su trabajo principal del mes pasado ¿tuvo derecho a alguna prestación como...?	12. Actualmente, ¿a qué institución está afiliado o inscrito (NOMBRE) para recibir atención médica?				
NIVEL		1. Sí	2. NO (PASAR A P.12)							
R	00 No estudió			01 Independiente, personal o familiar. Una compañía o empresa del sector privado.	01 Incapacidad por enfermedad, accidente o maternidad. SAR o AFORE.	01 Seguro Popular				
E	01 Primaria Incompleta			02 Una Institución de gobierno.	02 Crédito para vivienda. Guardería.	02 IMSS				
N	02 Primaria Completa			03 Una Institución no administrada por el gobierno.	03 Seguro de vida. No tiene derecho a ninguna de estas prestaciones.	03 ISSSTE				
G	03 Secundaria Incompleta					04 PEMEX				
L	04 Secundaria Completa					04.1 Dedensa				
Ó	05 Carrera Comercial					04.2 Marina				
N	06 Carrera Técnica					05 Clínica u Hospital privado				
	07 Preparatoria Incompleta					99 Ninguno				
	08 Preparatoria Completa									
	09 Licenciatura Incompleta									
(RESPUESTA ÚNICA)				(RESPUESTA ÚNICA)		(POSIBLE MULTIRESPUESTA)				
NO.	NOMBRE	NIVEL	TRABAJO	TIPO DE EMPRESA		INSTITUCIONES DE SALUD				
1			1	2	01	02	03	04	05	99
2			1	2	01	02	03	04	05	99
3			1	2	01	02	03	04	05	99
4			1	2	01	02	03	04	05	99
5			1	2	01	02	03	04	05	99
6			1	2	01	02	03	04	05	99
7			1	2	01	02	03	04	05	99
8			1	2	01	02	03	04	05	99
9			1	2	01	02	03	04	05	99
10			1	2	01	02	03	04	05	99