



8	¿Cuál es el estrato de su vivienda de acuerdo al recibo de energía? 📞Entrevistadora: solicite el recibo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
9	Sector:	_____
10	Sección:	_____
11	Manzana:	_____
12	Teléfono fijo:	_____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>
13	Teléfono celular :	a. _____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>
		b. _____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>
14	¿Usted tiene correo electrónico?	No 0 <input type="checkbox"/> → 16      Sí 1 <input type="checkbox"/>
15	¿Cuál es su dirección de correo electrónico?	_____
16	¿Algún miembro de su hogar tiene correo electrónico?	No 0 <input type="checkbox"/> → 16b      Sí 1 <input type="checkbox"/>
16 a	¿Cuál es la dirección(es) de correo electrónico?	1. _____ 2. _____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>

### C. RESULTADO DE VISITA

<b>16b. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA</b>			
Completa	1 <input type="checkbox"/>	Datos de localización no corresponden	6 <input type="checkbox"/>
Incompleta	2 <input type="checkbox"/>	Cambió de vivienda sin dirección precisa	7 <input type="checkbox"/>
Rechazo	3 <input type="checkbox"/>	Se trasladó a otro municipio ¿cuál? _____	8 <input type="checkbox"/>
Ausente	4 <input type="checkbox"/>	Otro motivo ¿cuál? _____	9 <input type="checkbox"/>
Ocupado	5 <input type="checkbox"/>		
17. ¿Qué tipo de supervisión realizó?	Acompañamiento 1 <input type="checkbox"/> Verificación personal 2. <input type="checkbox"/> Verificación telefónica 3 <input type="checkbox"/> Ninguna 4 <input type="checkbox"/>		
18. ¿Revisó este formulario?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		

### D. DATOS DEL PERSONAL DE RECOLECCIÓN

19. Nombre e identificación de la supervisora:	_____	C.C: _____
20. Nombre e identificación de la encuestadora:	_____	C.C: _____

### E. CONTROL DE VISITAS

No. Visita	a. Fecha de la visita			b. Duración de la visita		c. Razón de nueva visita	d. Resultado parcial ((Utilizar mismos de sección C.)
	Día	Mes	Año	Hora	Minutos		
1							
2							
3							

21. ¿En qué día de la semana hizo la encuesta? Lunes 1 <input type="checkbox"/> Martes 2 <input type="checkbox"/> Miércoles 3 <input type="checkbox"/> Jueves 4 <input type="checkbox"/> Viernes 5 <input type="checkbox"/> Sábado 6 <input type="checkbox"/> Domingo 7 <input type="checkbox"/>
--

## II. ESTRUCTURA DEL HOGAR

201	¿Cuántos hogares preparan los alimentos por separado en su vivienda?							_ _ _  Hogares		
202	¿Incluido usted, cuántas personas hacen parte de su hogar?							_ _ _  Número de personas		
203	204	204a	205	206	207	208	209	210	211	212
No. de orden	Nombre y Apellido	Esta persona:	¿Cuál es el sexo de____?	¿Cuál es el parentesco de____ con el jefe del hogar?	¿Cuál es la fecha de nacimiento de____?	¿Cuál es la edad de____?	¿Cuál es el estado civil de____?	¿Ha asistido____ alguna vez a algún establecimiento educativo o centro de cuidado?	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuántos años ha aprobado en ese nivel____?	¿Asiste____ actualmente a algún establecimiento educativo o centro de cuidado?
		1. Nació 2. Llegó al hogar. 3. Permanece en el hogar 4. Falleció → 203 (siguiente orden) 5. Se fue del hogar → 203 (siguiente orden) 6. No pertenece al hogar → 203 (siguiente orden)	1. Hombre 2. Mujer	1. Jefe de Hogar 2. Cónyuge o compañero/a 3. Hijo/hija 4. Hijastro/hijastra 5. Yerno o nuera 6. Nieto/nieta 7. Padre o madre 8. Padrasto o madrastra 9. Suegros 10. Hermanos(a) y cuñados(a) del jefe 11. Otro pariente 12. Amigo(a) y no parientes	Día:  _ _  Mes:  _ _  Año:  _ _ _ _	_ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:  _ _  Años Aprobados:  _ _	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
1		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _	Día:  _ _  Mes:  _ _  Año:  _ _ _ _	_ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:  _ _  Años Aprobados:  _ _	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
2		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _	Día:  _ _  Mes:  _ _  Año:  _ _ _ _	_ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:  _ _  Años Aprobados:  _ _	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
3		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_ _	Día:  _ _  Mes:  _ _  Año:  _ _ _ _	_ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:  _ _  Años Aprobados:  _ _	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

203	204	204a	205	206	207	208	209	210	211	212
No. de orden	Nombre y Apellido	Esta persona:  1. Nació 2. Llegó al hogar. 3. Permanece en el hogar 4. Falleció → 203 (siguiente orden) 5. Se fue del hogar → 203 (siguiente orden) 6. No pertenece al hogar → 203 (siguiente orden)	¿Cuál es el sexo de ____?  1. Hombre 2. Mujer	¿Cuál es el parentesco de ____ con el jefe del hogar?  1. Jefe de Hogar 2. Cónyuge o compañero/a 3. Hijo/hija 4. Hijastro/hijastra 5. Yerno o nuera 6. Nieto/nieta 7. Padre o madre 8. Padrasto o madrastra 9. Suegros 10. Hermanos(a) y cuñados(a) del jefe 11. Otro pariente 12. Amigo(a) y no parientes	¿Cuál es la fecha de nacimiento de ____?  Día:       Mes:       Año:	¿Cuál es la edad de ____?  *Entrevistadora: -Registre en años para personas de 5 años o más. -En meses si es menor de 5 años Calcular y validar con el entrevistado	¿Cuál es el estado civil de ____?  1. Unión libre 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Separado o divorciado 5. Soltero(a)  *Entrevistadora: Para menores de 10 años marque 5.	¿Ha asistido ____ alguna vez a algún establecimiento educativo o centro de cuidado?  1. Sí 0. No	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuántos años ha aprobado en ese nivel ____?  0. Hogar Comunitario o jardín (grado maternal, caminadores o párvulos) 1. Pre-escolar (prejardín, jardín o transición) 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica o Tecnológica 5. Superior o Universitaria 6. Postgrado	¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo o centro de cuidado?  1. Sí 0. No
4		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		Día:       Mes:       Año:	 Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:     Años Aprobados:	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
5		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		Día:       Mes:       Año:	 Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:     Años Aprobados:	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
6		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		Día:       Mes:       Año:	 Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> → 213	Nivel:     Años Aprobados:	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

## II. ESTRUCTURA DEL HOGAR (Continuación)

203	213	215	215A	216	217
No. de orden	<p><b>Entrevistadora:</b> Sólo para mayores de 10 años, si es menor de 10 años continúe con la siguiente persona</p> <p>¿En qué actividad ocupó _____ la mayor parte del tiempo la <b>semana pasada</b>, de lunes a domingo?</p> <p>1. Trabajó 2. No trabajó pero tenía trabajo 3. Tiene incapacidad permanente para trabajar 4. Buscó trabajo 5. Oficios del hogar 6. Es pensionado o jubilado 7. Estudió 8. Otra actividad</p>	En un día normal, ¿cuántas horas trabaja al día?	En una semana normal, ¿cuántos días trabaja a la semana?	La semana pasada:	¿A cuál de los siguientes sistemas de salud está afiliado o es beneficiario _____?
	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
1	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
2	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
3	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
4	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
5	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
6	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
7	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
8	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> → 217 4 <input type="checkbox"/> → 216 5 <input type="checkbox"/> → 216</p> <p>6 <input type="checkbox"/> → 216 7 <input type="checkbox"/> → 216 8 <input type="checkbox"/> → 216</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Horas</p>	<p>_ _ _ </p> <p>Días → 217</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

203	213	215	215A	216	217
No orden	<p><b>Entrevistadora:</b> Sólo para mayores de 10 años, si es menor de 10 años continúe con la siguiente persona</p> <p>¿En qué actividad ocupó _____ la mayor parte del tiempo la <b>semana pasada</b>, de lunes a domingo?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajó</li> <li>2. No trabajó pero tenía trabajo</li> <li>3. Tiene incapacidad permanente para trabajar</li> <li>4. Buscó trabajo</li> <li>5. Oficios del hogar</li> <li>6. Es pensionado o jubilado</li> <li>7. Estudió</li> <li>8. Otra actividad</li> </ol>	En un día normal, ¿cuántas horas trabaja al día?	En una semana normal, ¿cuántos días trabaja a la semana?	La semana pasada:	¿A cuál de los siguientes sistemas de salud está afiliado o es beneficiario _____?
9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 → 217 <input type="checkbox"/> 4 → 216 <input type="checkbox"/> 5 → 216 <input type="checkbox"/> 6 → 216 <input type="checkbox"/> 7 → 216 <input type="checkbox"/> 8 → 216	_ _  Horas	_ _  Días → 217	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 → 217 <input type="checkbox"/> 4 → 216 <input type="checkbox"/> 5 → 216 <input type="checkbox"/> 6 → 216 <input type="checkbox"/> 7 → 216 <input type="checkbox"/> 8 → 216	_ _  Horas	_ _  Días → 217	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
11	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 → 217 <input type="checkbox"/> 4 → 216 <input type="checkbox"/> 5 → 216 <input type="checkbox"/> 6 → 216 <input type="checkbox"/> 7 → 216 <input type="checkbox"/> 8 → 216	_ _  Horas	_ _  Días → 217	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
12	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 → 217 <input type="checkbox"/> 4 → 216 <input type="checkbox"/> 5 → 216 <input type="checkbox"/> 6 → 216 <input type="checkbox"/> 7 → 216 <input type="checkbox"/> 8 → 216	_ _  Horas	_ _  Días → 217	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

**Entrevistadora:** Verifique si hay algún niño/niña, recién nacido ó anciano que no se ha incluido en la matriz, de ser así, agréguelo al final de la lista.

219a	¿La madre biológica de (NOMBRE) hace parte del hogar?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No vive en el hogar    88  _   → 220a Falleció                    99  _   → 220a
219b	¿Cuál es el número de orden de la madre biológica de (NOMBRE)?	_ _  orden
220a	¿El padre biológico de (NOMBRE) hace parte del hogar?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No vive en el hogar    88  _   → 221a Falleció                    99  _   → 221a
220b	¿Cuál es el número de orden del padre biológico de (NOMBRE)?	_ _  orden
221a	¿El CUIDADOR PRINCIPAL de (NOMBRE) hace parte del hogar?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No vive en el hogar    88  _   → 301
221b	¿Cuál es el número de orden del cuidador PRINCIPAL de (NOMBRE)?	_ _  orden



## VA. CONDICIÓN MÉDICA

505	¿Alguna vez le ha diagnosticado el médico a (NOMBRE) alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?  <i>Entrevistadora: Tenga en cuenta que para marcar Sí en las opciones e, f, i, se debe considerar que la condición reportada afecte el ritmo normal del niño en la escuela.</i>	a. Meningitis	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		b. Epilepsia	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		c. Desnutrición severa	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		d. Deshidratación severa	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		e. Deficiencia auditiva severa	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		f. Deficiencia visual severa	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		g. Autismo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		h. Daño cerebral adquirido (por traumatismo, bacteria)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		i. Necesidades educativas especiales (incluye discapacidad mental)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		j. Otra condición ¿cuál? _____	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
506	<i>Entrevistadora:</i> Revise pregunta 505, ¿marcó al menos un sí?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	→ 507
506a	¿Ha sido tratado(a) (NOMBRE) para esta enfermedad o condición?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	

## VB. FORTALEZAS Y DIFICULTADES

A continuación, le voy a leer una serie de características que describen el comportamiento y la forma de ser de los/las niños/niñas. Quiero que por favor piense en el comportamiento de (NOMBRE) durante los **ÚLTIMOS SEIS MESES** y me indique qué tanto, es decir con qué frecuencia (NOMBRE) mostró dicho comportamiento.

*Entrevistadora:* Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento del/la niño/niña en los **últimos 6 meses**. Utilice la ayuda visual para explicarle al/la entrevistado/a las diferentes opciones de respuesta: '0. Nunca', '1. A Veces', '2. Siempre'.

*Entrevistadora: muestre la tarjeta 1*

507. (NOMBRE)...	0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
1. Es considerado con los sentimientos de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No puede permanecer quieto/a por mucho tiempo, es DEMASIADO inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparte fácilmente con otros/as niños/niñas sus dulces, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frecuentemente tiene pataletas, rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es más bien solitario/a y prefiere jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece preocupado/a, intranquilo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se mueve continuamente, no se puede estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pelea con frecuencia con otros/as niños/niñas o los/las molesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
14. Por lo general le cae bien a los otros/as niños/niñas (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ante nuevas situaciones, es nervioso/a, se vuelve dependiente de usted o de algún adulto y fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Trata bien a los/las niños/niñas más pequeños/as que él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A MENUDO miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los/Las otros/as niños/niñas lo/a molestan o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A MENUDO se ofrece para ayudar (a los papás, profesores, otros niños, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Se lleva cosas que no son de él/ella sin permiso en la casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Se la lleva mejor con adultos que con otros/as niños/niñas (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VI. ESCALA DE CALIDAD DE AMBIENTE DEL HOGAR

Estamos interesados en saber lo que usted y (NOMBRE) normalmente hacen en el hogar, como parte de su rutina y de su vida en familia; así como las cosas con las que (NOMBRE) juega y se divierte. Le voy a pedir que me muestre sus libros, sus juguetes y también le voy a hacer algunas preguntas acerca de (NOMBRE), usted y su familia.

Modo de administración: Observación (O), Entrevista (E). Para aquellas preguntas que se puedan administrar por Observación o por Entrevista, por favor, marcar el modo de administración.

I.	MATERIALES Y OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE		
601.	<p>¿Me podría mostrar cuántos libros hay en el hogar, es decir, los libros que hay en su casa SIN INCLUIR libros escolares, universitarios, libros para niños, ni las cartillas de Familias en Acción?</p> <p>☞ Entrevistadora: Incluye novelas, literatura, libros de cocina, belleza, enciclopedias, etc. No incluya la Biblia.</p> <p>☞ Entrevistadora: las colecciones o enciclopedias con varios tomos se cuentan como un libro.</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número  __ __ </p> <p>Más de 20 21 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
602.	<p>¿Me podría mostrar cuántas revistas y periódicos hay en el hogar?</p> <p>☞ Entrevistadora: No incluya revistas y periódicos utilizados para hacer tareas</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número  __ __ </p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
600_26.	<p>¿Usted o algún otro adulto en el hogar lee el periódico regularmente?</p> <p>☞ Entrevistadora: Leer el periódico por internet también cuenta.</p>	<p>Sí, solo el domingo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, al menos tres veces por semana 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	E
600_27a	<p>¿Hay un diccionario en la casa?</p> <p>☞ Entrevistadora: No cuente las enciclopedias. El diccionario puede estar en un computador personal.</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/> → 600_31</p>	E
600_27b	<p>¿Usted o algún otro miembro del hogar MOTIVA a (NOMBRE) a usar el diccionario?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	E

600_31.	<p>Ahora me gustaría saber con qué cosas, POR LO GENERAL JUEGA (NOMBRE) ACTUALMENTE, cuando está en casa. Por favor, muéstreme las cosas con las que él/ella juega:</p> <p>👉 <i>Entrevistadora: Para cada una de las siguientes categorías, marque la opción adecuada en función del número de juguetes que usted observa. Recuerde que debe anotar juguetes con los que (NOMBRE) JUEGA NORMALMENTE EN LA ACTUALIDAD. No pase más de un tiempo razonable realizando esta tarea.</i></p>		
	<p>a. Juguetes para armar o construir: bloques de madera o plástico, armado, plastilina, Lego, etc.</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
	<p>b. Juguetes que requieren mucho movimiento físico: lazo, bates o raquetas, cometas, patines, patinetas, triciclos, bicicletas, bolos, aros, trompos, etc.</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
	<p>c. Pelotas o balones</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
	<p>d. Juegos de pensar y estrategia (ej: tres en línea, parqués, dominó, ajedrez, rompecabezas, crucigramas, sopa de letras, loterías, naipes, póker, Uno, Tío Rico, Monopoly, damas chinas, Trivial, batalla naval, Scrabble, etc.)</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 15 16 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
	<p>e. Juegos o rompecabezas de ciencias naturales o sociales (de clasificación)</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
	<p>f. Libros para COLOREAR y/o RECORTAR, cuadernos para dibujar (sin incluir los libros escolares, ni los cuadernos de tareas).</p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
	<p>g. Libros para LEER: cuentos, historias, cómics, novelas para niños, etc. (sin incluir los libros escolares, ni los cuadernos de tareas, ni los libros para adultos).</p> <p>👉 <i>Entrevistadora: Incluye los álbumes que tengan texto para leer, por ejemplo los de chocolatinas JET, y los libros para colorear que tengan textos para leer</i></p>	<p>No hay 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Más de 10 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se observó/aron 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se pudo observar 0 <input type="checkbox"/></p>
600_29.	<p>¿Hay en el hogar algún equipo de sonido, reproductor de CDs, radio, tableta, o computador, que toque música y que (NOMBRE) pueda usar cuando quiera?</p> <p>👉 <i>Entrevistadora: El niño(a) debe tener libre acceso al aparato que toque música, y este tiene que estar funcionando.</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>E <input type="checkbox"/></p>
600_30.	<p>¿Hay algún instrumento musical en la casa (piano/teclado, batería, tambor, guitarra, flauta, etc.), que no sea de juguete y que (NOMBRE) pueda usar cuando quiera?</p> <p>👉 <i>Entrevistadora: El/La niño/a debe tener libre acceso al instrumento musical, que no puede ser de juguete.</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>E <input type="checkbox"/></p>
600_22.	<p>¿Tiene (NOMBRE) un lugar “especial” como un organizador de juguetes, un cajón, una caja, un espacio, etc. para guardar sus juguetes, sus tesoros (no su ropa)?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	<p>E <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/></p>

603.	<p>¿Con qué frecuencia usted o alguna persona del hogar MAYOR DE 15 AÑOS le lee historias/libros a (NOMBRE) o lee historias/libros con él/ella?</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: Libros e historias diferentes a las tareas de la escuela.</i></p>	<p>Nunca 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez al mes 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Varias veces al mes 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez por semana 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos 3 veces a la semana 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Todos los días 5 <input type="checkbox"/></p>	E
600_4.	<p>¿Con qué frecuencia usted o alguna persona del hogar MAYOR DE 15 AÑOS MOTIVA a (NOMBRE) a leer por su cuenta?</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: Se refiere a leer por PLACER, como actividad de ocio, y no a realizar las tareas de la escuela. Lo importante es que el adulto MOTIVE al niño(a) a leer por su cuenta; no que lea con él.</i></p>	<p>Nunca 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez al mes 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Varias veces al mes 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez por semana 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos 3 veces a la semana 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Todos los días 5 <input type="checkbox"/></p>	E
604.	<p>¿Con qué frecuencia usted o alguna persona del hogar MAYOR DE 15 AÑOS AYUDA a (NOMBRE) con sus tareas del colegio?</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: Revisar si tiene tareas o decirle que las haga no cuenta</i></p>	<p>Nunca 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Varias veces al año 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez al mes 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Varias veces al mes 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez por semana 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos 3 veces a la semana 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Todos los días 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No asiste a ninguna institución educativa 6 <input type="checkbox"/></p>	E
600_3_2.	<p>¿Tiene (NOMBRE) una mesa y una silla (un escritorio propio) donde pueda sentarse a hacer la tarea o simplemente a leer, pintar y/o colorear?"</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: La mesa del comedor o de la cocina no cuentan.</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	E <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
600_2_8.	<p>En los últimos 7 días, ¿(NOMBRE) ha salido SOLO (A) a visitar a un amigo o amiga que viva cerca de la casa (en el barrio, en el bloque/conjunto) para jugar o para hacer la tarea?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene amigo(a) 8 <input type="checkbox"/></p>	E
600_3_7.	<p>¿(NOMBRE) toma lecciones de música, arte, baile, teatro, etc. o pertenece a alguna escuela deportiva?</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: Se incluye cualquier actividad que promueva un talento del niño. No incluya actividades que sean del currículum de la escuela o colegio, pero sí actividades extraescolares que se hagan en el mismo.</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	E
600_3_5.	<p>¿Usted o alguna persona del hogar MAYOR DE 15 AÑOS MOTIVA a (NOMBRE) a desarrollar y mantener una afición o hobby – por ejemplo, coleccionar monas para un álbum, coleccionar piquis (bolas), diseñar o coser ropa para muñecas, hacer collares y manillas, etc.?</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: Debe tratarse de aficiones no deportivas. Lo importante es que los papás u otros adultos en el hogar MOTIVEN al niño(a) a desarrollar o mantener esta actividad.</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	E
600_4_0.	<p>Durante los últimos 365 días, ¿usted o algún otro adulto ha llevado a (NOMBRE) a un museo, el planetario, Maloka, Divercity, Kandú, zoológico, al jardín botánico, etc.?</p> <p>☞ <i>Entrevistadora: Las salidas organizadas por el colegio no cuentan, ni las que solicita el colegio. Tampoco incluya parques de diversiones como Mundo Aventura y Salitre Mágico</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 0 <input type="checkbox"/></p>	E

600_4 1.	Durante los últimos 365 días, ¿usted o algún otro adulto ha llevado a (NOMBRE) fuera de la ciudad o del país de vacaciones, de campamento, a visitar a familiares, etc.?  ☞ <i>Entrevistadora: Las salidas organizadas por el colegio no cuentan.</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/>	E
<b>II. ENTORNO EMOCIONAL</b>			
600_20.	A veces los niños se enfadan tanto con sus papás que les dicen groserías o los insultan. Por favor, dígame todo lo que usted haría si (NOMBRE) la/lo sacara de casillas.  ☞ <i>Entrevistador/a: Marque todas las que apliquen</i>	a. Lo/a amenazaría <input type="checkbox"/> b. Lo/a regañaría <input type="checkbox"/> c. Lo/a gritaría <input type="checkbox"/> d. Le quitaría algún privilegio (salir, TV, celular, practicar su deporte favorito, etc.) <input type="checkbox"/> h. Lo/a ignoraría <input type="checkbox"/> i. Lo mandaría tiempo fuera <input type="checkbox"/> e. Le daría una palmada suave <input type="checkbox"/> f. Le pegaría fuerte (con el cuerpo o con un objeto) <input type="checkbox"/> g. Hablaría con él/ella <input type="checkbox"/> j. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/>	E
600_21.	A veces, nuestros sentimientos están tan gravemente heridos que nos dan ganas de llorar. ¿Ha llorado delante de (NOMBRE) en los últimos 7 días?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/>	E
600_18.	A veces, los niños(as) se portan muy bien y otras no tanto. En ocasiones pueden ser muy problemáticos y molestar mucho. ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días ha tenido que hacer lo siguiente?		E
a. Quitarle algún privilegio ( salir, TV, celular, practicar su deporte favorito, etc.) a (NOMBRE)		_ _  veces	
b. Darle una palmada suave a (NOMBRE)		_ _  veces	
c. Pegarle fuerte (con el cuerpo o con un objeto) a (NOMBRE)		_ _  veces	
d. Regañar a (NOMBRE)		_ _  veces	
e. Amenazar con pegarle a (NOMBRE)		_ _  veces	
600_3.	En otras ocasiones, los niños(as) hacen cosas que a uno lo hacen sentirse muy feliz y orgulloso. ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días usted ...?		E
a. felicitó verbalmente a (NOMBRE) por hacer algo bien o por hacer algo bonito		_ _ _  veces	
b. mostró afecto físico (besos, abrazos, acariciarle el pelo) a (NOMBRE) por hacer algo bien o algo bonito		_ _ _  veces	
☞ <i>Entrevistadora: Tenga en cuenta que es un promedio por día</i>			
c. le dijo a algún otro adulto, su esposo, un familiar, amigo algo bueno sobre (NOMBRE) cuando hizo algo bueno o bonito		_ _ _  veces	

## VC. TEMPERAMENTO DEL NIÑO – Ajustado

Ahora quisiera que piense nuevamente en el comportamiento de (NOMBRE) en los **últimos 6 meses**. Le voy a leer una serie de situaciones y quiero que por favor piense cuál ha sido la reacción **MÁS FRECUENTE** de (NOMBRE) en este tiempo. Por supuesto que no hay una respuesta correcta ni incorrecta: todos reaccionamos de forma distinta ante la vida! En este caso, tenemos más opciones de respuesta.

☞ *Entrevistadora: muestre la tarjeta 2*

☞ *Entrevistador/a: Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento de (NOMBRE) en los últimos 6 meses. Utilice la ayuda visual para explicarle las diferentes opciones de respuesta: '1. Totalmente Falso', '2. Un Poco Falso', '3. A Veces Falso, Otras Veces Cierto', '4. Un Poco Cierto' y '5. Totalmente Cierto'. La opción '6. No Sucedió' aplica cuando la/el entrevistado/a nunca ha visto a (NOMBRE) en la situación descrita y en consecuencia, no puede valorar su comportamiento en dicha situación.*

<b>(NOMBRE)</b>		Totalmente Falso	Un Poco Falso	A Veces Falso, Otras Veces Cierto	Un Poco Cierto	Totalmente Cierto	No Sucedió
6	Tiene problemas para parar o frenar sus acciones, cuando se le ordena que lo haga.	1	2	3	4	5	6
7	Cuando escucha un cuento se distrae con facilidad.	1	2	3	4	5	6
14	Aunque no tenga permiso, no se aguanta tocar las cosas.	1	2	3	4	5	6
16	Tiende a decir lo primero que se le ocurre, sin pensarlo antes.	1	2	3	4	5	6
17	Cuando hace las tareas, se distrae mirando alrededor.	1	2	3	4	5	6
22	Interrumpe cuando los otros están hablando.	1	2	3	4	5	6
25	Dice lo primero que se le viene a la cabeza.	1	2	3	4	5	6
40	No puede evitar hacer las cosas demasiado rápido.	1	2	3	4	5	6
56	Es paciente cuando hay que esperar para abrir un regalo.	1	2	3	4	5	6
42	Normalmente espera y piensa, antes de decidir hacer algo.	1	2	3	4	5	6
72	Responde antes de que el profesor le pregunte.	1	2	3	4	5	6
74	Toma decisiones APRESURADAMENTE.	1	2	3	4	5	6
78	Cuando trabaja en una actividad, tiene problemas para concentrarse en esta.	1	2	3	4	5	6
79	Cuando se emociona, le cuesta esperar su turno para hablar.	1	2	3	4	5	6
80	Le cuesta trabajo poner atención.	1	2	3	4	5	6
88	Es muy cuidadoso(a) cuando cruza la calle.	1	2	3	4	5	6
83	A menudo, se apresura a hacer cosas nuevas sin pensar.	1	2	3	4	5	6
82	Necesita que el profesor le diga que ponga atención.	1	2	3	4	5	6
108	Se mete en problemas por hacer las cosas sin primero pensarlas.	1	2	3	4	5	6
124	Coge lo que quiere.	1	2	3	4	5	6
128	Rápidamente decide lo que quiere y trata de obtenerlo.	1	2	3	4	5	6
128	Es capaz de concentrarse en lo que hace durante un buen rato a.	1	2	3	4	5	6
130	Normalmente se lanza a hacer una actividad sin pensarlo.	1	2	3	4	5	6
120	Necesita que se le diga que ponga atención.	1	2	3	4	5	6
135	Le gusta planificar las cosas cuidadosamente antes de hacerlas.	1	2	3	4	5	6
141	Puede guardar secretos con sus hermanos y primos.	1	2	3	4	5	6
143	Le cuesta ir más despacio cuando las normas así lo indican.	1	2	3	4	5	6
147	Cuando ve un juego o un juguete que quiere, se impacienta por tenerlo inmediatamente.	1	2	3	4	5	6
149	Se distrae cuando trata de poner atención.	1	2	3	4	5	6

**VII. CUIDADO INFANTIL: INSTITUCIONAL**

**VIIA. CUIDADO PRESENTE**

A continuación voy a hacerle algunas preguntas acerca de la asistencia **actual** de (NOMBRE) a una institución educativa, centro de cuidado o Fundación.

<b>701</b>	¿Asiste (NOMBRE) ACTUALMENTE a una institución educativa (IE) centro de cuidado o Fundación?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/> →722a
<b>702</b>	¿A qué institución educativa, centro de cuidado o Fundación asiste (NOMBRE)?	Colegio/escuela pública	1 <input type="checkbox"/>
		Colegio privado	2 <input type="checkbox"/>
		Colegio en concesión (colégios públicos administrados por empresas privadas)	3 <input type="checkbox"/>
		Colegio privado por convenio (colegios privados en los que la Secretaría subsidia al niño/a)	31 <input type="checkbox"/>
		CDI (Centro de Desarrollo Infantil del ICBF)	4 <input type="checkbox"/>
		Jardín Social del ICBF ( Jardín infantil con más de 300 niños)	5 <input type="checkbox"/>
		Hogar Infantil del ICBF (DIFERENTE a CDI) (Hogar Infantil del ICBF que no cumple con las condiciones de calidad de un Centro de Desarrollo Infantil)	6 <input type="checkbox"/>
		Hogar Comunitario del ICBF	7 <input type="checkbox"/>
		Hogares Lactantes y Preescolares del ICBF	8 <input type="checkbox"/>
		Hogares Múltiples del ICBF	9 <input type="checkbox"/>
		Hogar Empresarial del ICBF	10 <input type="checkbox"/>
		Jardín infantil PÚBLICO que no sea del ICBF (Jardines de Integración Social o Acunara)	11 <input type="checkbox"/>
		Jardín infantil aeiotú	12 <input type="checkbox"/>
		Fundación DIFERENTE a aeiotú, incluye jardín, transición y primaria	13 <input type="checkbox"/>
Jardín infantil privado	14 <input type="checkbox"/>		
Centro de educación especial	15 <input type="checkbox"/>		
Otra ¿cuál? _____	16 <input type="checkbox"/>		
<b>702a</b>	¿Cuál es el nombre de la institución educativa, centro de cuidado o Fundación al que asiste?  ☛ Entrevistadora: Tenga en cuenta que si es Institución Educativa se registra IE	_____	
<b>702a a</b>	¿Cuál es el nombre de la sede a la que asiste (NOMBRE)?	_____ No aplica 0 <input type="checkbox"/>	
<b>702 b</b>	En qué grado está (NOMBRE)	Transición	1 <input type="checkbox"/>
		Primero	2 <input type="checkbox"/>
		Segundo	3 <input type="checkbox"/>
		Tercero	4 <input type="checkbox"/>
		Cuarto	5 <input type="checkbox"/>
		Quinto	6 <input type="checkbox"/>
		Sexto	7 <input type="checkbox"/>
<b>702 c</b>	¿Cuál es el nombre del curso en que está (NOMBRE)?	_____ No aplica 0 <input type="checkbox"/>	





<b>720</b>	¿En qué barrio queda?				
<b>720 a</b>	¿En qué localidad queda la institución educativa, fundación o centro de cuidado?	Usaquén 1 <input type="checkbox"/>	Tunjuelito 6 <input type="checkbox"/>	Suba 11 <input type="checkbox"/>	Puente Aranda 16 <input type="checkbox"/>
		Chapinero 2 <input type="checkbox"/>	Bosa 7 <input type="checkbox"/>	Barrios Unidos 12 <input type="checkbox"/>	Candelaria 17 <input type="checkbox"/>
		Santa Fé 3 <input type="checkbox"/>	Kennedy 8 <input type="checkbox"/>	Teusaquillo 13 <input type="checkbox"/>	Rafael Uribe Uribe 18 <input type="checkbox"/>
		San Cristóbal 4 <input type="checkbox"/>	Fontibón 9 <input type="checkbox"/>	Mártires 14 <input type="checkbox"/>	Ciudad Bolívar 19 <input type="checkbox"/>
		Usme 5 <input type="checkbox"/>	Engativá 10 <input type="checkbox"/>	Antonio Nariño 15 <input type="checkbox"/>	Sumapaz 20 <input type="checkbox"/>
		Municipio ¿cuál? _____ 21 <input type="checkbox"/>			
<b>721</b>	¿Paga por la asistencia de (NOMBRE) a la institución, fundación o centro de cuidado?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> → <b>722a</b>			
<b>722</b>	¿Cuánto paga mensualmente?	\$  __ __     __ __     __ __			
<b>722a</b>	¿Asiste (NOMBRE) a actividades (extraescolares), como por ejemplo, centros deportivos, danza, teatro, etc.?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> → <b>722c</b>			
<b>722b</b>	¿Cuántas horas asiste a la semana a estas actividades?	__ __  horas  __ __  minutos			
<b>722c</b>	En este año 2016 quién(es) ha/han sido el/los cuidadores PRINCIPAL(ES) de (NOMBRE) (cuando no está en ninguna de las instituciones anteriores) y cuántos meses lo(a) ha/han cuidado ?	a. Madre biológica	__ __  meses		
		aa. Abuela/o	__ __  meses		
		b. Padre biológico	__ __  meses		
		c. Un miembro del hogar menor de 12 años	__ __  meses		
		d. Un miembro del hogar de entre 12 y 17 años	__ __  meses		
		e. Otra persona del hogar de 18 años y más (diferente de la abuela)	__ __  meses		
		f. Un familiar que no hace parte del hogar	__ __  meses		
		g. Empleada doméstica	__ __  meses		
h. Una persona particular	__ __  meses				







<b>733</b>	👉 <b>Entrevistadora:</b> revise pregunta 4, ¿marcó 1?	No 0 <input type="checkbox"/> ➔ 735 Sí 1 <input type="checkbox"/>
<b>734</b>	¿Usted participó alguna vez en el programa FAMI del ICBF?  👉 <i>Entrevistadora: Tenga en cuenta en los meses incluir el tiempo que participó la mamá como gestante más el tiempo que asistió con el niño que hace parte de la muestra</i>	No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> ➔ ¿Cuántos meses participó?  __ __
<b>734a</b>	¿(NOMBRE) participó en el programa FAMI?	No 0 <input type="checkbox"/> ➔ 801a Sí 1 <input type="checkbox"/> ➔ ¿Cuántos meses participó?  __ __  ➔ 801a
<b>735</b>	👉 <b>Entrevistadora:</b> revise pregunta 219 a, ¿marcó 1?	No 0 <input type="checkbox"/> ➔ 801a Sí 1 <input type="checkbox"/>
<b>736</b>	¿Sabe usted si la mamá de (NOMBRE) participó alguna vez en el programa FAMI del ICBF?  👉 <i>Entrevistadora: Tenga en cuenta en los meses incluir el tiempo que participó la mamá como gestante más el tiempo que asistió con el niño que hace parte de la muestra</i>	No participó 0 <input type="checkbox"/> ➔ Sí 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses participó?  __ __  No sabe 88 <input type="checkbox"/>
<b>736a</b>	¿(NOMBRE) participó en el programa FAMI?	No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> ➔ ¿Cuántos meses participó?  __ __  No sabe 88 <input type="checkbox"/>

## VIII. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

801a	¿Desde (fecha entrevista 2011) se ha cambiado de vivienda?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/>																								
801	La vivienda donde reside este hogar es de tipo:	Casa 1 <input type="checkbox"/> Apartamento 2 <input type="checkbox"/> Vivienda tipo cuarto 3 <input type="checkbox"/> Cuarto(s) en inquilinato 4 <input type="checkbox"/> Casa en otro tipo de estructura (choza, carpa, etc) 5 <input type="checkbox"/> Otra (cueva, refugio natural) 6 <input type="checkbox"/>																								
802	¿Cuál es el material predominante de ___? (Ingrese a la vivienda, observe y marque)	<p><b>a. Pisos:</b></p> Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol, madera pulida o laminada 1 <input type="checkbox"/> Madera burda, tabla o tablón 2 <input type="checkbox"/> Cemento o gravilla 3 <input type="checkbox"/> Tierra o arena 4 <input type="checkbox"/>																								
		<p><b>b. Paredes:</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">a. Exteriores</th> <th style="text-align: center;">b. Interiores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bloque, ladrillo, piedra, prefabricado, madera pulida</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tapia pisada o adobe</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bahareque</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Madera burda</td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guadua, caña, esterilla, otros vegetales</td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zinc, tela, cartón, lata, desechos o plástico</td> <td style="text-align: center;">6 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sin paredes</td> <td style="text-align: center;">7 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">7 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		a. Exteriores	b. Interiores	Bloque, ladrillo, piedra, prefabricado, madera pulida	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Tapia pisada o adobe	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Bahareque	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Madera burda	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Guadua, caña, esterilla, otros vegetales	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Zinc, tela, cartón, lata, desechos o plástico	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Sin paredes	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	a. Exteriores	b. Interiores																								
Bloque, ladrillo, piedra, prefabricado, madera pulida	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																								
Tapia pisada o adobe	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																								
Bahareque	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
Madera burda	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																								
Guadua, caña, esterilla, otros vegetales	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																								
Zinc, tela, cartón, lata, desechos o plástico	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																								
Sin paredes	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																								
		<p><b>c. Techos:</b></p> Teja de barro, zinc, asbesto-cemento con cielo raso, plancha o entrepiso 1 <input type="checkbox"/>																								
		Teja de barro, zinc, asbesto-cemento sin cielo raso 2 <input type="checkbox"/>																								
		Desechos (cartón, lata, sacos, etc.) 3 <input type="checkbox"/>																								
		Paja o palma 4 <input type="checkbox"/>																								
803	¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta el hogar?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>a. Energía eléctrica</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Gas por tubería</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Acueducto</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Alcantarillado</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Recolección de basuras</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Teléfono fijo</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Internet</td> <td style="text-align: center;">Sí 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">No 0 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	a. Energía eléctrica	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	b. Gas por tubería	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	c. Acueducto	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	d. Alcantarillado	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	e. Recolección de basuras	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	f. Teléfono fijo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>	g. Internet	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>			
a. Energía eléctrica	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								
b. Gas por tubería	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								
c. Acueducto	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								
d. Alcantarillado	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								
e. Recolección de basuras	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								
f. Teléfono fijo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								
g. Internet	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>																								

		h. Televisión por cable	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
		i. Portero	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
<b>804</b>	¿En qué sitio de la vivienda prepara los alimentos este hogar?	En un cuarto usado sólo para cocinar	1 <input type="checkbox"/>	
		En un cuarto usado también para dormir	2 <input type="checkbox"/>	
		En una sala-comedor	3 <input type="checkbox"/>	
		En un patio, enramada, al aire libre	4 <input type="checkbox"/>	
		En ninguna parte (no preparan alimentos)	5 <input type="checkbox"/>	→ 805
<b>804a</b>	¿Hay otros hogares que cocinan en el mismo lugar donde cocina usted?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
<b>805</b>	¿En cuántos cuartos duermen los integrantes de este hogar?		_ _ _  Cuartos para dormir	
<b>806</b>			<b>807</b>	
Su hogar cuenta con los siguientes espacios:			Por favor, dígame cuántos _____ tiene.	
a. Sala	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
b. Comedor	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
c. Habitaciones exclusivas para dormir (en uso o no)/dormitorios	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
d. Estudio	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
a. Ventanas exteriores	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
	<i>Entrevistadora: Tenga en cuenta que son ventanas que permiten la ventilación de la vivienda, no necesariamente deben dar a la calle</i>			
f. Garaje o parqueadero (como parte de la casa o edificio)	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
g. Balcón, terraza, jardín o patio	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
h. Baño	No 0 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →		_ _	
<b>808</b>	¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?	Inodoro conectado a alcantarillado	1 <input type="checkbox"/>	
		Inodoro conectado a pozo séptico	2 <input type="checkbox"/>	
		Inodoro sin conexión	3 <input type="checkbox"/>	
		No tiene servicio sanitario	4 <input type="checkbox"/>	→ 810
<b>809</b>	¿El servicio sanitario es de uso exclusivo de este hogar?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
<b>810</b>	¿El hogar tiene servicio de ducha o regadera?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/>
<b>811</b>	¿En el periodo de 2011 a 2016 a su hogar le han hecho la encuesta de SISBEN?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/> → IX No Sabe 9 <input type="checkbox"/> → IX
<b>812</b>	¿En qué año le hicieron la encuesta de SISBEN por última vez?		Año  _ _ _ _ _ _ _ _  No sabe 0 <input type="checkbox"/>	
<b>813</b>	¿En qué nivel lo clasificaron la última vez?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
			5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
			No sabe 0 <input type="checkbox"/>	

## IX. PROPIEDAD DE BIENES INMUEBLES

### A. PROPIEDAD DE LA VIVIENDA

<b>901</b>	La vivienda ocupada por este hogar es:	Propia, totalmente pagada	1 <input type="checkbox"/> → <b>907</b>
		Propia, la están pagando	2 <input type="checkbox"/> → <b>907</b>
		En arriendo o subarriendo	3 <input type="checkbox"/>
		En usufructo	4 <input type="checkbox"/> → <b>907</b>
		Posesión (ocupante de hecho)	5 <input type="checkbox"/> → <b>907</b>
<b>903</b>	¿Cuánto paga mensualmente por el arriendo incluyendo la cuota de administración si la paga?	\$ _____ NS/NR 9 <input type="checkbox"/>	
<b>907</b>	¿Tiene o posee, algún miembro del hogar, algún lote, terreno o bien inmueble diferente al que ocupa esta vivienda?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/>	

### B. BIENES PROPIEDAD DEL HOGAR

<b>909</b>				<b>910</b>
¿Cuáles de los siguientes bienes, que estén en funcionamiento o uso tiene este hogar?				¿Cuántos _____ tiene?
a. Carro (para servicio exclusivo del hogar)	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
b. Motocicleta (para servicio exclusivo del hogar)	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
c. Nevera o enfriador	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
d. Horno microondas	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/>	
e. Lavadora de ropa	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/>	
f. Secadora de ropa	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/>	
g. Calentador de agua o ducha eléctrica	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/>	
h. Computador	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
i. Lector de DVD	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
j. Wii, Xbox, Play Station	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
k. iPhone, Black Berry, o similares	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
l. Televisor de pantalla plana	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
m. Teatro en casa	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _
n. Equipo de sonido, micro o mini componente	No	0 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	_ _

<b>911.</b>	¿Tiene empleada doméstica?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> → <b>XIV</b>
<b>912.</b>	¿Cuántos días a la semana viene la empleada doméstica?	_ _  Días      Es interna 0 <input type="checkbox"/>

