

Encuesta
LONGITUDINAL DE LA PRIMERA INFANCIA
Tercera Ronda

Cuestionario Cuidador Principal ELPI III

CARTA DE PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Encuesta Longitudinal de Primera Infancia Tercera Ronda

Sr(a) _____

Ud. ha sido invitada(o) a participar en el estudio “Encuesta Longitudinal de Primera Infancia Tercera Ronda” debido a que Ud. es cuidador principal de un niño de hasta 11 años. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile es la institución responsable del levantamiento de la Tercera Ronda de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia a los niños y niñas de Chile. El Ministerio de Desarrollo Social, con el apoyo de UNICEF, es el responsable y financia este estudio que busca caracterizar y analizar el desarrollo de los niños y niñas a lo largo de su infancia y adolescencia.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El estudio tiene por objetivo caracterizar y analizar el desarrollo de sucesivas cohortes de niños y niñas a lo largo de su infancia y adolescencia, esto es, desde la primera infancia, considerando las características del hogar, en particular, de los padres y cuidadores principales, y del entorno cercano del niño o niña, con el propósito de informar la política pública, actual y futura, orientada a la infancia. Para esto aplicaremos instrumentos de evaluación acordes a la edad del niño(a) seleccionado(a) que miden diferentes áreas del desarrollo como: lenguaje, función ejecutiva, desarrollo cognitivo, desarrollo socioemocional y medidas antropométricas.

¿En qué consiste su participación?

Esta entrevista tiene dos partes. En la primera parte nos gustaría hacerle varias preguntas a usted sobre las características de su hogar y algunos temas relacionados al desarrollo del niño(a) seleccionado(a), en dimensiones tales como: cuidado, salud, educación y prácticas de crianza.

En la segunda etapa de la entrevista nos gustaría realizar una evaluación general del desarrollo del niño(a) seleccionado(a) y para eso queremos agendar con usted una próxima visita en la cual vendrá un especialista para realizar distintos ejercicios y juegos con el niño(a) seleccionado(a), tales como jugar con bloques y comunicarse. Si Ud. consiente en la participación del niño(a) seleccionado(a), se le aplicará un instrumento que mide desarrollo general y/o cognitivo; además para los niños(as) mayores a 3 años se le aplicará uno o dos instrumentos que miden función ejecutiva; y se le aplicará también para los niños(as) mayores a 2 años y medio un instrumento que mide vocabulario y lenguaje. Además, este especialista le hará algunas preguntas a Ud. sobre el desarrollo socioemocional del niño(a) seleccionado(a) utilizando un cuestionario que será respondido por Ud.

A Ud. también se le harán algunas preguntas que indagan en aspectos tales como prácticas de crianza, eficacia y satisfacción con su rol, competencias parentales en la relación con los hijos, así como su bienestar emocional. Para esto se utilizarán tres cuestionarios.

Finalmente, el estudio incluye la toma de medidas antropométricas a usted y al niño(a) seleccionado(a), tales como: talla, peso y circunferencia craneal (sólo para niños(as) hasta los 5 años).

(LEER SOLO SI NIÑO TIENE 7 AÑOS O MÁS) Ya que el niño(a) seleccionado(a) tiene más de 7 años, nos gustaría mucho poder preguntarle directamente la opinión que tiene sobre algunos temas que lo afectan en su vida diaria, tales como actividades diarias, experiencia escolar, relación con su familia, temas de salud y hábitos de alimentación, expectativas a futuro y percepción sobre conductas de riesgo. Para esto incluimos un asentimiento en el cual se le preguntará al niño(a) seleccionado(a) si quiere responder el cuestionario.

¿Cuánto durará su participación?

La primera entrevista tendrá una duración aproximada de unos 50 minutos. La segunda parte de la entrevista, que consiste en la evaluación del niño(a) seleccionado(a) y cuestionarios al cuidador principal, tendrá una duración aproximada de 90 minutos.

¿Qué riesgos corre al participar?

Su participación y la del niño(a) seleccionado(a) es completamente voluntaria. En caso de acceder a participar, pueden dejar de participar cuando quieran. Además, su participación no afectará el acceso a servicios o programas y no presenta ningún tipo de riesgo para usted o el niño(a) seleccionado(a). Es posible que algunas de las preguntas que le haremos a usted y/o al niño(a) seleccionado(a) se refieran a temas sensibles que puedan generar cierta incomodidad, sin embargo, nuestros encuestadores y especialistas han sido capacitados para abordar estos casos.

Debo aclararle que nuestro interés es sólo recoger lo que Ud. piensa sobre los distintos temas de la encuesta. Si tiene dudas, por favor solicítame una aclaración si no entiende alguna de las preguntas. Si existiese alguna pregunta que no quisiera responder, por favor hágalo saber para continuar con la siguiente pregunta.

¿Qué beneficios puede tener su participación?

Este estudio no tiene beneficios directos para Ud. o el niño(a) seleccionado(a). Sin embargo, existen beneficios indirectos a través de la información que se obtendrá, ya que esta será de utilidad para conocer más acerca de las características de los niños y niñas, y eventualmente podría beneficiar a otros niños y niñas en el futuro y generar políticas públicas y programas que respondan a sus necesidades.

¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

Los datos recolectados son estrictamente confidenciales, se usarán solo con fines estadísticos y no serán utilizados para ningún otro fin que no sea este estudio. Los datos serán analizados con el objeto de evaluar la evolución de distintos indicadores de resultados de las distintas rondas de la ELPI los que serán divulgados en instancias públicas y científicas como seminarios en distintas universidades del país y revistas y libros referentes a la infancia, niñez y adolescencia.

La información específica que Ud. nos entregue no será compartida con nadie, y se analizará en combinación con información de cientos de otras familias. El análisis nunca podrá identificar individualmente a su familia y los datos recogidos se resguardarán bajo absoluta reserva en un sistema de seguridad que cumple con estándares internacionales. Todo traspaso de sus datos será innominado y el Ministerio de Desarrollo Social será la entidad responsable de resguardar su información.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Usted puede terminar la entrevista cuando quiera y puede hacer preguntas en cualquier momento. También tiene el derecho de no contestar cualquier sección o pregunta que se le haga si esa pregunta le incomoda o simplemente no quiere contestarla.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

En caso que tenga alguna duda con respecto a su participación, se puede contactar con el equipo central del estudio, dirigido por el profesor David Bravo, al correo electrónico david.bravo@uc.cl o al número (56-2) 23541792 así también como al Ministerio de Desarrollo Social a través del correo electrónico: elpi@desarrollosocial.cl o por medio de la página web: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi.php>. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: María Elena Gronemeyer. Contacto: eticadeinvestigacion@uc.cl

Garantía de Confidencialidad: El Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile adhiere a lo establecido en la Ley Orgánica N° 17.374 del Instituto Nacional de Estadísticas que, en los artículos que señala, determina lo siguiente: Artículo 29: "El Instituto Nacional de Estadísticas, los Organismos Fiscales, Semifiscales y Empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a las personas o entidades determinadas, de que se haya tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el "SECRETO ESTADÍSTICO". Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto por el artículo 247° del Código Penal.

1.1 HOGAR: Identificación del cuidador(es) principal(es) en el hogar

TODOS

H1. ¿Qué relación de parentesco tiene [NOMBRE] con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
2. Madre biológica
3. Padre biológico
4. Madre adoptiva
5. Padre adoptivo
6. Madrastra
7. Padrastro
8. Hermano(a)
9. Abuelo(a)
10. Tío(a)
11. Primo(a)
12. Otro familiar. Especifique
13. No familiar. Especifique
14. Trabajadora casa particular puertas adentro

H2. Sexo

1. Hombre
2. Mujer

H3. ¿Qué edad tiene Ud.?

H4. ¿Me puede decir el nombre completo de esta persona?

Registre nombre completo del responsable principal.

	H1	H1_Especifique	H2	H3	H4
1	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>				
4	<input type="text"/>				
5	<input type="text"/>				
6	<input type="text"/>				
7	<input type="text"/>				
8	<input type="text"/>				
9	<input type="text"/>				
10	<input type="text"/>				

1.1 HOGAR

TODOS

H9. Además de este hogar, ¿hay otro hogar donde NIÑO(A) SELECCIONADO(A) reside de manera habitual?

El niño(a) niña reside en otro hogar si es que pasa algunas noches al mes en otro hogar de forma habitual. Por ejemplo, en casos de custodia compartida.

Debe excluir ocasiones en que el niño duerme en otra vivienda de forma excepcional (vacaciones, emergencias, invitaciones de amigos, etc.)

1. Si
2. No → **Pasa a H12**

H10. Habitualmente, ¿cuántos días al mes duerme NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en ese otro hogar?

Número de días

H11. ¿Qué parentesco con NIÑO(A) SELECCIONADO(A) tiene la persona que lo cuida en ese otro hogar?

1. Madre
2. Padre
3. Madrastra
4. Padrastro
5. Hermano(a)
6. Abuelo(a)
7. Otro familiar. Especifique
8. No familiar. Especifique

1.2. HOGAR: Composición del hogar

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

H12. Cuando [NOMBRE] nació, ¿en qué comuna o país vivía la madre de él/ella?

1. En esta comuna
2. En otra comuna de Chile. Especifique
3. En otro país. Especifique
9. No sabe

H13. En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿[NOMBRE] pertenece o es descendiente de alguno de ellos?

Lea las alternativas:

1. Aimara
2. Rapa-Nui o Pascuense
3. Quechua
4. Mapuche
5. Atacameño (Likan-Antai)
6. Colla
7. Kawashkar o Alacalufe
8. Yámana o Yagán
9. Diaguita
10. No pertenece a ningún pueblo indígena

	H9	H10	H11	H11_Especifique	H9	H12_Especifique	H13
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

1.2. HOGAR: Composición del hogar

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

<p>H14. [NOMBRE] ¿Habla o entiende alguna(s) de las siguientes lenguas: Aimara, Rapa-Nui, Quechua, Mapudungun, Kawashkar o Yagán?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aimara 2. Rapa-Nui 3. Quechua 4. Mapudungun 5. Kawashkar 6. Yagán 7. Ninguna → Pase a H16 <p>H15. ¿Habla y entiende o sólo entiende esta lengua?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habla y entiende 2. Solo entiende 	<p>H16. ¿Cuál es el Estado conyugal o civil actual de [NOMBRE]?</p> <p>☞ <i>Lea las alternativas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casado(a) 2. Conviviente o pareja sin acuerdo de unión civil 3. Conviviente civil (con acuerdo de unión civil) 4. Anulado(a) 5. Separado(a) 6. Divorciado(a) 7. Viudo(a) 8. Soltero(a) 	<p>H17. ¿Qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe(a) de este hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe(a) de hogar 2. Esposo(a) o pareja de distinto sexo 3. Esposo(a) o pareja de igual sexo 4. Hijo(a) de ambos 5. Hijo(a) sólo del jefe(a) 6. Hijo(a) sólo del esposo(a) pareja 7. Padre o madre 8. Suegro(a) 9. Yerno o nuera 10. Nieto(a) 11. Hermano(a) 12. Cuñado(a) 13. Otro familiar 14. No familiar 15. Trabajadora casa particular puertas adentro 	<p>H18. Me puede indicar, ¿qué personas aquí conforman parejas, ya sea legales o de hecho?</p> <p>☞ <i>Identifique las parejas utilizando un número correlativo de 1 a n. Si no hay parejas, deje en blanco</i></p> <p>H19. Me puede indicar, ¿qué personas aquí son hijos o dependen de otros?</p> <p><i>1º Asigne el número "0" al servicio doméstico y a sus dependientes.</i></p> <p><i>2º Copie los números con los que identificó cada pareja en las columnas anteriores frente a cada miembro de la pareja.</i></p> <p><i>3º Partiendo de los miembros de menor edad, identifique de quién es hijo o depende cada integrante que no forma parte de una pareja y asigne a esta persona el mismo número de la pareja de la cual es hijo o depende.</i></p> <p><i>4º Si hay personas que son hijos y dependen de otro integrante sin pareja, asigne un nuevo número correlativo a continuación del último utilizado.</i></p> <p><i>5º Si hay personas que no son hijos o no dependen de otros, asigne un nuevo número correlativo a continuación del último utilizado.</i></p> <p><i>6º Y así sucesivamente hasta que todos los miembros queden identificados.</i></p>	<p>H20. ¿Quién es el jefe(a) de cada núcleo familiar, y qué relación tiene [NOMBRE] con el jefe(a) de su núcleo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe(a) de núcleo 2. Esposo(a) o pareja de distinto sexo 3. Esposo(a) o pareja de igual sexo 4. Hijo(a) de ambos 5. Hijo(a) sólo de jefe(a) 6. Hijo(a) sólo de esposo(a) pareja 13. Otro familiar 14. No familiar
---	---	--	--	---

	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20
1	<input type="checkbox"/>						
2	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="checkbox"/>						
4	<input type="checkbox"/>						
5	<input type="checkbox"/>						
6	<input type="checkbox"/>						
7	<input type="checkbox"/>						
8	<input type="checkbox"/>						
9	<input type="checkbox"/>						
10	<input type="checkbox"/>						

1.3. HOGAR: Situación educacional de los miembros del hogar

TODOS		PERSONAS DE 0 A 6 AÑOS Y NO ASISTEN (E1=2)			
<p>E1. Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional, nivelación de estudios, jardín infantil, sala cuna u otro programa no convencional de educación parvularia?</p> <p>1. Sí → Pase a E4 2. No</p> <p>→ Pase a E2.a si tiene 0 a 6 años → Pase a E3 si tiene 7 a 30 años → Pase a E4 si tiene 31 años y más</p>		<p>E2.a ¿Cuál es la principal razón por la cual no asiste actualmente a un jardín infantil, sala cuna, programa no convencional de educación parvularia o algún establecimiento educacional? ☐ <i>No leer alternativas</i></p> <p>Razones personales</p> <p>1. No es necesario porque lo(a) cuidan en casa → Pase a E2b 2. No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa de un familiar → Pase a E2b 3. No es necesario porque lo(a) cuidan en la casa de una persona contratada 4. No es necesario que asista a esta edad 5. Desconfío del cuidado que recibiría 6. Se enfermaría mucho 7. Tiene una discapacidad, prefiero que no asista</p> <p>Razones económicas</p> <p>8. Dificultad económica 9. No tengo la clasificación socioeconómica para postular</p> <p>Razones de acceso a establecimiento</p> <p>10. No hay matrícula (vacantes) 11. No lo aceptan 12. No dispone de los requerimientos necesarios dada su condición 13. No existe establecimiento cercano 14. Dificultad de acceso o movilización 15. Otra razón</p> <p>Alternativas 3 a 15 → Pase a E4</p>		<p>E2.b ¿Quién?</p> <p>1. Un integrante de ese hogar 2. Una persona externa a ese hogar, familiar 3. Una persona externa a ese hogar, no familiar</p>	
	E1	E2.a	E2.b		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

1.3. HOGAR: Situación educacional de los miembros del hogar

PERSONAS DE 7 A 30 AÑOS Y NO ASISTEN (E1=2)

E3. ¿Cuál es la principal razón por la cual [NOMBRE] no asiste actualmente a algún establecimiento educacional?

No leer alternativas

Razones personales

1. Ayuda en la casa o quehaceres del hogar
2. Embarazo, maternidad o paternidad
3. Tiene una discapacidad o requiere establecimiento de educación especial
4. Enfermedad que lo inhabilita
5. Problemas familiares
6. No le interesa
7. Terminó de estudiar
8. A su edad no le sirve estudiar o no conoce la manera para completar sus estudios

Razones económicas

9. Dificultad económica
10. Trabaja o busca trabajo

Razones de rendimiento

11. Problemas de rendimiento
12. Expulsión o cancelación de matrícula

Razones de acceso a establecimiento

13. No existe establecimiento cercano
14. Dificultad de acceso o movilización
15. Otra razón. Especifique

→ *Todos pasan a E4*

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

E4. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado, o el que realiza, si actualmente está estudiando?

Lea las alternativas:

1. Nunca asistió
2. Sala cuna
3. Jardín Infantil (Medio menor y Medio mayor)
4. Prekinder/Kinder (Transición menor y Transición Mayor)
5. Educación Especial (Diferencial)
6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo)
7. Educación Básica
8. Humanidades (Sistema Antiguo)
9. Educación Media Científico-Humanista
10. Técnica Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)
11. Educación Media Técnica Profesional
12. Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años)
13. Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años)
14. Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años)
15. Profesional Completo (Carreras 4 o más años)
16. Postgrado Incompleto
17. Postgrado Completo

E4.curso. ¿Cuál es el curso más alto alcanzado, o el que realiza, si actualmente está estudiando?

	E3	E3_Especifique	E4. Nivel	E4. Curso
1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3. HOGAR: Situación educacional de los miembros del hogar

NIÑO Y CUIDADOR PRINCIPAL Y SEGUNDO CUIDADOR QUE ASISTEN (E1=1)

E5. ¿Cuál es la dependencia administrativa del establecimiento?

1. Municipal
2. Particular subvencionada
3. Corporación de administración delegada
4. Particular no subvencionada
5. JUNJI
6. INTEGRA
7. Jardín infantil o sala cuna del trabajo de la madre o del padre
8. Centro de Formación Técnica
9. Instituto Profesional
10. Universidad Privada no perteneciente al Consejo de Rectores (CRUCH)
11. Universidad Privada perteneciente al Consejo de Rectores (CRUCH)
12. Universidad Estatal
13. Establecimiento de Educación superior de las Fuerzas Armadas y del Orden
99. No sabe

E6. Por favor, indique el nombre, dirección y comuna del establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil al cual asiste actualmente (año 2017).

En caso de los programas especiales a párvulos, anote el nombre del programa especial y lugar donde se imparte.

En caso de educación superior, anote el nombre de la universidad, centro de formación técnica (CFT) o instituto profesional (IP).

Escriba SIN USAR SIGLAS NI ABREVIACIONES el nombre del establecimiento, la dirección y comuna en que se ubica, solicite algún documento que lo acredite: libreta de notas, comunicaciones, etc.

	E5	E6.a. Nombre	E6.b. Dirección	E6.c. Comuna
1	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>			
4	<input type="checkbox"/>			
5	<input type="checkbox"/>			
6	<input type="checkbox"/>			
7	<input type="checkbox"/>			
8	<input type="checkbox"/>			
9	<input type="checkbox"/>			
10	<input type="checkbox"/>			

1.3. HOGAR: Situación educacional de los miembros del hogar

SOLO NIÑO(A) SELECCIONADO(A). SI CONTESTÓ QUE NIÑO(A) VA A SALA CUNA (E4.NIVEL=2 O 3)

E7. ¿Cómo financia la sala cuna/jardín infantil?

1. Gratuita, (Red JUNJI e INTEGRAL) → **Pase a O1**
2. Gratuita, pagada totalmente por la empresa/institución (Pública o Privada)
3. Pago parcial, pagada parcialmente por la empresa/institución (Pública o Privada)
4. Pago total, sólo con recursos propios → **Pase a O1**

E8. Este beneficio es entregado por la empresa/institución donde trabaja:

1. El padre (o tutor legal)
2. La madre (o tutora legal)

	E7	E8
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4. HOGAR: Situación laboral de los miembros del hogar

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

O1. La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?

1. Sí → *Pase a O7 (Ocupados)*
2. No

O2. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad por lo menos durante una hora?

- ...por un salario o remuneración?
- ...en su empresa o negocio?
- ...para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)?
- ...por pago en especies?
- ...como aprendiz o realizando una práctica remunerada?
- ...de venta, sin incluir bienes del hogar?
- ...agrícola, minera o artesanal para la venta?

1. Sí → *Pase a O7 (Ocupados)*
2. No

O3. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo, negocio u otra actividad del cual estuvo ausente temporalmente por licencia, permiso postnatal parental, huelga, enfermedad, vacaciones, suspensión temporal u otra razón?

1. Sí → *Pase a O7 (Ocupados)*
2. No

O4. ¿Ha trabajado alguna vez?

1. Sí
2. No

O5. ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas?

1. Sí → *Pase a O13 (Desocupados)*
2. No

SOLO CUIDADOR PRINCIPAL Y SEGUNDO CUIDADOR QUE RESPONDEN O5=2

O6. ¿Cuál es la principal razón por la que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas? *No lea las alternativas, registre respuesta espontánea*

Posibilidad de empezar a trabajar pronto

1. Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará pronto una actividad por cuenta propia
2. Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas

Limitaciones de condiciones familiares o personales

3. No tiene con quien dejar los niños → *Pase a O6.a*
4. No tiene con quien dejar a adultos mayores
5. No tiene con quien dejar a otro familiar
6. Está enfermo
7. Tiene una discapacidad que le impide trabajar

Percepción de limitaciones personales

8. Piensa que nadie le dará trabajo (porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.)

Condiciones laborales no se adecuan a expectativas

9. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan
10. Ofrecen sueldos muy bajos

Tiene otra actividad o renta

11. Quehaceres del hogar
12. Estudiante
13. Jubilado(a), pensionado(a), montepiado(a)
14. Tiene otra fuente de ingreso (seguro de cesantía, mesadas, rentas, transferencias del Estado, etc.)

Otros

15. Se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible
16. Busca cuando realmente lo necesita o tiene trabajo esporádico
17. No tiene interés en trabajar
18. Otra razón

Todas las alternativas menos la 3 → *Pase a O13*

	O1	O2	O3	O4	O5	O6
1	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="checkbox"/>					
5	<input type="checkbox"/>					
6	<input type="checkbox"/>					
7	<input type="checkbox"/>					
8	<input type="checkbox"/>					
9	<input type="checkbox"/>					
10	<input type="checkbox"/>					

1.4. HOGAR: Situación laboral de los miembros del hogar

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

SOLO CUIDADOR PRINCIPAL Y SEGUNDO CUIDADOR QUE RESPONDEN (O6=3)	OCUPADOS (O1=1, O2=1, O3=1)				
<p>O6.a Si usted tuviera con quién dejar a sus hijos, ¿saldría a buscar trabajo?</p> <p>1. Sí 2. No</p> <p>O6.b Señale las principales formas que usted considera serían una solución para el cuidado de sus hijos mientras trabaja.</p> <p>1. Personas de confianza 2. Familiar en casa 3. Trabajadora de casa particular 4. Sala cuna, jardín infantil o establecimiento educacional 5. Llevarlo al trabajo 6. Otro.</p>	<p>O7. En su trabajo o negocio principal, ¿Ud. trabaja como?</p> <p>☞ <i>Lea las alternativas:</i></p> <p>1. Patrón o empleador 2. Trabajador por cuenta propia 3. Empleado u obrero del sector público (gobierno central o municipal) 4. Empleado u obrero de empresas públicas 5. Empleado u obrero del sector privado 6. Servicio doméstico puertas adentro 7. Servicio doméstico puertas afuera 8. FF.AA. y del orden 9. Familiar no remunerado</p>			<p>O8.a. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describa la actividad a que se dedica la empresa, negocio o institución en que la persona realiza su actividad u ocupación principal • En caso que la empresa o institución tenga múltiples establecimientos y actividades, se debe describir actividad principal del establecimiento en que trabaja la persona. • Ejemplos de descripción incompleta: fábrica, comercio, taller, construcción, minería, etc. • Ejemplos de descripción completa: fábrica de envases de vidrio, comercio de zapatillas, taller de reparación de autos, construcción de edificio, extracción de cobre, etc. <p>O8b. ¿Qué hace usted en su trabajo o negocio principal?</p> <p><i>Facilite detalles, por ejemplo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger y transportar uvas • Enseñar matemáticas. • Cuidar enfermos y administrar medicamentos. • Transportar pasajeros entre ciudades. • Vigilar y controlar entrada de una empresa. • Administrar una empresa de productos lácteos. 	

	O6.a	O6.b	O7	O8.a	O8.b
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

1.4. HOGAR: Situación laboral de los miembros del hogar

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

SOLO CUIDADOR PRINCIPAL Y SEGUNDO CUIDADOR OCUPADO

CUIDADOR PRINCIPAL Y SEGUNDO CUIDADOR

O9. ¿Su trabajo o negocio principal es de tipo...?

1. Permanente
2. De temporada o estacional
3. Ocasional o eventual
4. A prueba
5. Por plazo o tiempo determinado

O10. ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en su trabajo, negocio o actividad principal?

SOLO CUIDADOR PRINCIPAL Y SEGUNDO CUIDADOR OCUPADO ASALARIADO (O7=3, 4, 5, 6, ,7, 8)

O11. En su trabajo principal, ¿tiene contrato de trabajo escrito?

1. Sí, firmó
2. Sí, pero no ha firmado
3. No tiene
4. No se acuerda o no sabe si firmó contrato

O12. Según su contrato o el acuerdo con su empleador ¿su jornada de trabajo normal es:

1. Jornada completa
2. Jornada parcial
3. Jornada prolongada
4. Otra

O13. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional (sistema de pensiones)?

1. Sí
2. No → *Pase a Y1*
9. No sabe

O14. ¿Cotizó durante el mes pasado en algún sistema previsional (sistema de pensiones)?

🗨 *Lea las alternativas:*

1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización obligatoria del trabajador dependiente
2. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización voluntaria del trabajador independiente
3. Sí, IPS ex INP [Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras]
4. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPRE-DENA)
5. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA)
6. Sí, otra.
7. No está cotizando
9. No sabe

	O9	O10	O11	O12	O13	O14
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5. HOGAR: Ingresos de los miembros del hogar

OCUPADOS ASALARIADOS (O7=3, 4, 5, 6, 7 U 8)

Y1. El mes pasado, ¿cuál fue su sueldo o salario líquido en su trabajo principal?

- » INCLUYA los descuentos por planilla de préstamos y consumos en casas comerciales, cuotas sindicales o a clubes, días de licencia médica y subsidio maternal, ahorro previsional voluntario o ahorro voluntario.
- » EXCLUYA los descuentos legales correspondientes a sistema previsional, sistema de salud, impuestos a las remuneraciones,
- » EXCLUYA también los pagos por horas extras, bonificaciones, gratificaciones, aguinaldos y otros beneficios, asignaciones familiares.

Y2. El mes pasado, además del ingreso que recién declaró, ¿cuánto recibió por otros ingresos o beneficios provenientes de su ocupación principal? Considere ingresos en dinero y en especies.

- » Considere ingresos de carácter regular y frecuente, como ingresos por concepto de horas extras, comisiones, propinas, asignaciones por vivienda, transporte, educación de los hijos y semejantes, viáticos no sujeto a rendición y otros.
- » También considere bienes y servicios que le entregan de manera regular para su uso privado, por ejemplo, alimentos y bebidas, vivienda o alojamiento, vehículo para uso privado, servicio de transporte, estacionamiento gratuito, teléfono, vestimenta, servicios de guardería o sala cuna, leña u otro tipo de combustible de uso doméstico, bienes o servicios producidos por el empleador y otros similares. No incluya los elementos que le entregan exclusivamente para la realización de su trabajo.

- ♦ Anote el monto declarado en pesos
- ♦ Si no tuvo ingreso anote 0
- ♦ Si no sabe anote 9

Y3. Durante los últimos 12 meses, además de los ingresos ya declarados, ¿cuánto recibió por otros ingresos derivados de su ocupación principal?

- » Considere ingresos percibidos sólo en determinadas fechas del año o que tienen un carácter esporádico como ingresos por concepto de bonificaciones o aguinaldos y otras asignaciones especiales, gratificaciones, sueldo adicional, por sobre la remuneración mensual (décimo tercer mes) y otros.

Asalariados → Pase a Y6

- ♦ Anote el monto declarado en pesos
- ♦ Si no tuvo ingreso anote 0
- ♦ Si no sabe anote 9

	Y1	Y2	Y3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

1.5. HOGAR: Ingresos de los miembros del hogar

OCUPADO PATRÓN, EMPLEADOR O TRABAJADOR CUENTA PROPIA (O7=1 O 2)	OCUPADOS
<p>Y4. El mes pasado, ¿cuánto dinero retiró de su negocio o actividad para sus gastos propios o de su hogar? <i>Incluya su propio sueldo si lo tiene.</i></p> <p>Y5. El mes pasado, ¿cuánto retiró en productos de su negocio o actividad para consumo propio o de su hogar? <i>Estime el monto que hubiera tenido que pagar por estos productos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Anote el monto declarado en pesos ✦ Si no tuvo ingreso anote 0 ✦ Si no sabe anote 9 	<p>Y6. El mes pasado, ¿cuál fue el ingreso líquido total que usted recibió por otro u otros trabajos u ocupaciones, además de su ocupación principal? <i>Considere ingresos en dinero y en especies.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Anote el monto declarado en pesos ✦ Si no tuvo ingreso anote 0 ✦ Si no sabe anote 9
	FAMILIARES NO REMUNERADOS, DESOCUPADOS O INACTIVOS
	<p>Y7. El mes pasado, ¿recibió algún sueldo o pago por trabajos, actividades o negocios que usted haya realizado ese mes?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Anote el monto declarado en pesos ✦ Si no tuvo ingreso anote 0 ✦ Si no sabe anote 9

	Y4	Y5	Y6	Y7
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.5. HOGAR: Ingresos de los miembros del hogar

TODAS LAS PERSONAS

Y8. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por arriendos de propiedades urbanas o de maquinarias, animales o implementos?

Y9. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por pensión de alimentos, dinero aportado por familiares o personas ajenas al hogar (residentes en el país o en exterior), o donaciones de instituciones?

Y10. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto ingreso recibió por arriendos de propiedades agrícolas, arriendos por temporada, intereses por depósitos, dividendos por acciones o bonos financieros, o retiro de utilidades de empresas?

- ✦ Anote el monto declarado en pesos
- ✦ Anotar ingreso al **receptor**
- ✦ Si no tuvo ingreso anote 0
- ✦ Si no sabe anote 9

	Y8	Y9	Y10
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.5. HOGAR: Ingresos de los miembros del hogar

TODAS LAS PERSONAS

Y11. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto ingreso recibió por alguno de los siguientes subsidios, bonos o aportes del Estado?

 Esta pregunta considera todos los subsidios y aportes del Estado que no se entregan mensualmente

 [Mostrar Tarjeta](#)

Y12. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por alguno de los siguientes subsidios, bonos, pensión o aporte del Estado?

 Esta pregunta considera todos los subsidios y aportes del Estado de periodicidad mensual. En el caso de las pensiones, **SOLO INCLUYA:** Pensión Básica Solidaria de Vejez o Invalidez y Aporte Previsional Solidario de Vejez o Invalidez.

 [Mostrar Tarjeta](#)

Y13. El mes pasado, ¿cuánto ingreso recibió por jubilación o pensión de vejez, pensión de invalidez, montepío o pensión de viudez o pensión de orfandad?

 Confirme que el monto reportado como jubilación no corresponda a Pensión Básica Solidaria (Vejez o Invalidez) ni a otro tipo de aporte del Estado.

- ✦ Anote el monto declarado en pesos
- ✦ Si no tuvo ingreso anote 0
- ✦ Si no sabe anote 9

	Y11	Y12	Y13
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.5. HOGAR: Sistema previsional de salud

TODAS

S1. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece [NOMBRE]?

Lea alternativas

1. Sistema Público FONASA grupo A
2. Sistema Público FONASA grupo B
3. Sistema Público FONASA grupo C
4. Sistema Público FONASA grupo D
5. Sistema Público FONASA no sabe grupo
6. FF.AA. y del Orden
7. ISAPRE
8. Ninguno (particular)
9. Otro sistema
99. No sabe

S2. ¿Tiene [NOMBRE] alguna de las siguientes condiciones permanentes o de larga duración?

Registre hasta 2 condiciones

1. Dificultad física o de movilidad
2. Mudez o dificultad en el habla
3. Dificultad psiquiátrica
4. Dificultad mental o intelectual
5. Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos
6. Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes
7. No tiene ninguna condición de larga duración

	S1	S2_a	S2_b
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.6. HOGAR: Conciliación laboral y familiar

CUIDADOR PRINCIPAL OCUPADO

CL1. En su trabajo actual, señale con qué frecuencia usted puede:

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca
7. No aplica

- a) ¿Tomarse los días feriados sin problema?
- b) ¿Hacer uso de licencia o reposo médico sin problemas?
- c) ¿Hacer uso de sus vacaciones sin problema?
- d) ¿Ausentarse durante su jornada laboral para atender asuntos personales o familiares, por ejemplo, asistir a una reunión en el colegio del niño(a) o ir al médico?
- e) ¿Ausentarse en forma pagada o no pagada para formarse o capacitarse y así mejorar sus capacidades laborales?
- f) ¿Hacer uso de licencia médica para hijos menores de 1 año?
- g) ¿Hacer uso de 1 hora de alimentación para hijos menores de 2 años?
- h) ¿Hacer uso de permiso por hijo menor de 18 años gravemente enfermo?
- i) ¿Realizar el trabajo desde su casa?

CL2.a. En un día habitual, ¿cuánto tiempo en total tarda en llegar desde su vivienda a su lugar principal de trabajo?

Registre horas y minutos.

Horas		Minutos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CL2.b. ¿Cuántas veces a la semana realiza este viaje? (considerando ida y vuelta como un viaje)

1.6. HOGAR: Trayectoria conciliación laboral y familiar

CUIDADOR PRINCIPAL DE NIÑO(A) SELECCIONADO(A) MENOR DE 6 AÑOS Y QUE HAYA TRABAJADO ALGUNA VEZ (O1=1, O2=1, O3=1 O O4=1)

CL3. ¿Estuvo trabajando entre los (.....) de edad de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

La mayor parte del tiempo

1. Sí
2. No → **Pase a Módulo siguiente**

Edad del Niño/a	CL3
0 - 2 meses	<input type="checkbox"/>
3 - 5 meses	<input type="checkbox"/>
6 - 11 meses	<input type="checkbox"/>
12 - 17 meses	<input type="checkbox"/>
18 - 23 meses	<input type="checkbox"/>
2 años - 2 años 11 meses	<input type="checkbox"/>
3 años - 3 años 11 meses	<input type="checkbox"/>
4 años - 5 años 11 meses	<input type="checkbox"/>

1.6. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Cuidado del niño(a). Trayectoria anterior a la actual

» En los espacios en blanco (...) debe mencionar el tramo de edad acerca del cual está preguntando.

» En la hoja de ruta se encuentra registrada la edad en tramos de (de la) niño(a) seleccionado

» Si fue entrevistado el 2012, marque con un 1 en la columna CLO el último tramo preguntado el 2012 y comience preguntando desde ese tramo al entrevistado

» Si no fue entrevistado el 2012, marque con un 1 en la columna CLO aquellos tramos según la edad del (de la) niño(a)

» Una vez marcados debe preguntar solamente por aquellos tramos donde CLO=1

CL4. ¿Quién cuidó o cuida la mayor parte del tiempo a (NIÑO(A) SELECCIONADO(A) entre los (.....)?

No considere el tiempo que el/la niño(a) ha pasado en el establecimiento educacional.

1. Madre
2. Padre
3. Madrastra
4. Padrastro
5. Ambos
6. Cónyuge o pareja
7. Trabajadora casa particular
8. Abuelo(a) del niño(a)
9. Hermano(a) del niño(a)
10. Otro familiar
11. Otro no familiar
12. Se quedaba solo en la casa

	CL4
0 - 6 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 - 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 - 17 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 - 23 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24 - 35 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 años - 3 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 años - 4 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 años - 5 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 años - 6 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 años - 7 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 años - 8 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 años - 9 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 años - 10 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 años - 11 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 años - 12 años 11 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1.7. HOGAR: Roles y responsabilidades familiares

TODOS

RR1. Por favor, dígame si está Ud. muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

<input type="checkbox"/>	a) Lo mejor es que tanto el hombre como la mujer se repartan por igual las tareas del hogar, el cuidado de los hijos y trabajen fuera de casa.
<input type="checkbox"/>	b) Lo mejor es que la mujer se ocupe más que el hombre de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos y que trabaje menos horas fuera de casa.
<input type="checkbox"/>	c) Lo mejor es que sólo la mujer se ocupe de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos y que el hombre trabaje fuera de casa.
<input type="checkbox"/>	d) Lo mejor es que sólo el hombre se ocupe de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos y que la mujer trabaje fuera de casa.

RR2. ¿Cuán satisfecha(o) se encuentra Ud. con la cantidad de horas que dedica a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

 *Mostrar Tarjeta*

1. Muy satisfecha(o)
2. Satisfecha(o)
3. Indiferente
4. Insatisfecha(o)
5. Muy insatisfecha(o)

RR3. Según Ud., ¿quién de las siguientes personas debería encargarse de la crianza de los hijos?

 *Lea alternativas*

1. La madre
2. El padre
3. Ambos
4. Otro familiar
5. Otro no familiar

1.8. HOGAR: Realización de tareas en el hogar

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR
MAYORES DE 6 AÑOS

T1. En general, ¿con qué frecuencia [NOMBRE] participa en la realización de las siguientes tareas?

Labores domésticas

- a) Ordenar y hacer el aseo del hogar
- b) Cocinar, preparar o calentar alimentos para los integrantes del hogar
- c) Lavar y planchar
- d) Realizar reparaciones menores
- e) Realizar compras para el hogar (comprar el pan, ir a la feria, al supermercado)

Cuidados no remunerados a niños(as) en el hogar

- f) Cuidar a los niños(as)

Cuidados no remunerados a adultos(as) mayores - Sólo hogares con adultos(as) mayores (60 y más años)

- g) Cuidar a los adultos(as) mayores

1. Frecuentemente
2. Ocasionalmente
3. Nunca o casi nunca
4. No aplica

	T1a	T1b	T1c	T1d	T1e	T1f	T1g
1	<input type="checkbox"/>						
2	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="checkbox"/>						
4	<input type="checkbox"/>						
5	<input type="checkbox"/>						
6	<input type="checkbox"/>						
7	<input type="checkbox"/>						
8	<input type="checkbox"/>						
9	<input type="checkbox"/>						
10	<input type="checkbox"/>						

1.9. HOGAR: Vivienda y barrio

V1. ¿Cuál es el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado?

☞ *En portada de cuestionario (Contestar por observación)*

1. Casa aislada (no pareada)
2. Casa pareada por un lado
3. Casa pareada por ambos lados
4. Departamento en edificio con ascensor
5. Departamento en edificio sin ascensor
6. Pieza en casa antigua o conventillo
7. Mediagua, mejora o vivienda de emergencia
8. Vivienda tradicional indígena
9. Rancho o choza
10. Vivienda precaria de materiales reutilizados (latas, plásticos, cartones, etc.)

V2. Su hogar, ¿bajo qué situación ocupa la vivienda?

1. Propia pagada
2. Propia pagándose
3. Propia compartida (pagada) con otros hogares de la vivienda
4. Propia compartida (pagándose) con otros hogares de la vivienda
5. Arrendada con contrato
6. Arrendada sin contrato
7. Cedida por servicio o trabajo
8. Cedida por familiar u otro
9. Usufructo (sólo uso y goce)
10. Ocupación irregular (de hecho)
11. Poseedor irregular

V3. ¿Compró la vivienda con ayuda de algún programa habitacional o subsidio del Estado?

1. Sí, con subsidio habitacional (sin crédito)
2. Sí, con subsidio habitacional y crédito
3. No, sólo con recursos propios
4. No, la recibió de herencia o traspaso gratuito

V4. ¿Cuánto se paga de arriendo en este sector por viviendas similares a la suya?

☞ *Registre monto mensual estimado de arriendo.*

\$

V5. ¿Cuántas piezas de cada tipo tiene la vivienda?

☞ *Registre el número de piezas de cada tipo en la vivienda.*

a) Dormitorios (uso exclusivo para dormir)

b) Baño

V6. ¿Cuántos hogares hay en esta vivienda?

☞ *Si hay un sólo hogar → Pase a V8*

V7. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupa su hogar en esta vivienda?

☞ *Registre el número de piezas de cada tipo que ocupa el hogar.*

a) Dormitorios (uso exclusivo para dormir)

b) Baño

V8. ¿De dónde proviene el agua de la vivienda?

1. Red pública con medidor propio
2. Red pública con medidor compartido
3. Red pública sin medidor
4. Pozo o noria
5. Río, vertiente, lago o estero
6. Camión aljibe
7. Otra fuente. ¿Cuál?

V9. La vivienda donde usted vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?

1. Sí, con W.C. conectado al alcantarillado
2. Sí, con W.C. conectado a fosa séptica
3. Sí, con letrina sanitaria conectada a pozo negro
4. Sí, con cajón sobre pozo negro
5. Sí, con cajón sobre acequia o canal
6. Sí, con cajón conectado a otro sistema
7. Sí, baño químico dentro del sitio
8. No dispone de sistema

V10. ¿Tiene su hogar alguno de los siguientes artefactos y/o servicios en uso y funcionamiento?

1. Si
2. No
9. No sabe

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a) Calefón (caldera eléctrica, calefactor solar, calefón a gas, termo eléctrico) |
| <input type="checkbox"/> | b) Computador (PC, Netbook, Laptop/Notebook) |
| <input type="checkbox"/> | c) Tablet |
| <input type="checkbox"/> | d) Teléfono móvil (celular) |
| <input type="checkbox"/> | e) Conexión a internet |

V11. Del siguiente listado de servicios, ¿su vivienda se encuentra a:

1. Si
2. No
9. No sabe

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | a) ¿Menos de 8 cuadras o 1 Km de un servicio de transporte público (paradero, estación)? |
| <input type="checkbox"/> | b) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de una sala cuna o jardín infantil |
| <input type="checkbox"/> | c) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de una escuela o colegio |
| <input type="checkbox"/> | d) ¿A menos de 20 cuadras ó 2,5 Kms de un centro de salud (atención primaria o nivel superior)? |
| <input type="checkbox"/> | e) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un supermercado, almacén o feria? |
| <input type="checkbox"/> | f) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un cajero automático o caja vecina? |
| <input type="checkbox"/> | g) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de un equipamiento deportivo (centros deportivos, canchas, skate park)? |
| <input type="checkbox"/> | h) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de áreas verdes (plazas o parques)? |
| <input type="checkbox"/> | i) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de equipamiento comunitario (centros vecinales, sedes sociales, biblioteca vecinal o centro cultural comunitario)? |
| <input type="checkbox"/> | j) ¿A menos de 20 cuadras o 2,5 Km de una farmacia? |

V12. En su área de residencia, a una distancia de no más de quince minutos caminando desde su vivienda, en los últimos 12 meses, Ud. o alguien de su hogar, ¿ha vivido o presenciado alguna de las siguientes situaciones?

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Muchas veces
4. Siempre

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a) Contaminación del aire y/o malos olores |
| <input type="checkbox"/> | b) Contaminación en ríos, mar, canales, esteros, lagos, tranques y embalses |
| <input type="checkbox"/> | c) Contaminación del agua proveniente de la red pública |
| <input type="checkbox"/> | d) Acumulación de basura en calles, caminos, veredas o espacios públicos |
| <input type="checkbox"/> | e) Plagas de insectos, animales peligrosos o abandonados (termitas, cucarachas, roedores, murciélagos, perros, etc.) |

V13. En su área de residencia, a una distancia de no más de quince minutos caminando desde su vivienda, en el último mes, Ud. o alguien de su hogar, ¿ha vivido o presenciado alguna de las siguientes situaciones?

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Muchas veces
4. Siempre

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a) Personas consumiendo drogas o alcohol en la vía pública |
| <input type="checkbox"/> | b) Personas traficando drogas en la vía pública |
| <input type="checkbox"/> | c) Personas peleando o amenazándose en la vía pública |
| <input type="checkbox"/> | d) Balaceras o disparos de armas de fuego |
| <input type="checkbox"/> | e) Asaltos, robos a la propiedad, etc. |

V14. ¿Cómo considera que es el barrio en que vive para que crezca NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Malo
4. Muy malo

V15. ¿Qué tan seguro es para los niños jugar fuera de sus casas en este barrio durante el día?

1. Muy seguro
2. Algo seguro
3. Poco seguro
4. Nada seguro

1.10. Padre NO miembro del hogar

SI EN EL HOGAR NADIE ES EL PADRE BIOLÓGICO O ADOPTIVO (H1 DISTINTO DE 3 Y DISTINTO DE 5)

P1. ¿Qué edad tenía NIÑO(A) SELECCIONADO(A) cuando el padre dejó de vivir con él(ella)?

☞ Si el (la) niño(a) tenía menos de 1 año, registrar edad en meses.

Años	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

P2. ¿Qué edad tenía el padre a la fecha de nacimiento de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Edad
<input type="text"/>

P3. ¿Por qué razón no vive el padre con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

☞ RAZON PRINCIPAL

1. Divorciado/Anulado/Separado
2. Nunca ha vivido con él(ella)
3. Emigró a otro país
4. Emigró a otra región
5. Porque trabaja lejos
6. Viaje de más de tres meses
7. Privación de libertad
8. Falleció → **Pase a Módulo siguiente**
9. Medida de protección temporal en residencia de protección o acogida familiar decretada por tribunal
10. Otra

P4. ¿Tiene Ud. o NIÑO(A) SELECCIONADO(A) contacto con el padre?

1. Si
2. No → **Pase a Módulo siguiente**

P5.a ¿Con qué frecuencia NIÑO(A) SELECCIONADO(A) visita o es visitado por el padre?

1. Todos los días
2. 5 a 6 días a la semana
3. 3 a 4 días a la semana
4. 1 a 2 días a la semana
5. 1 vez cada 15 días
6. 1 vez al mes
7. 1 vez cada 3 meses
8. 1 vez cada 6 meses
9. 1 vez al año o menos

P5.b. En los primeros 5 años de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿con qué frecuencia tuvo contacto con su padre?

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca

Edad	
<input type="text"/>	1. 0 a 11 meses
<input type="text"/>	2. 1 año a 1 año 11 meses
<input type="text"/>	3. 2 años a 2 años 11 meses
<input type="text"/>	4. 3 años a 3 años 11 meses
<input type="text"/>	5. 4 años a 4 años 11 meses

P6. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) recibe algún tipo de aporte económico de parte del padre?

1. Si
2. No → **Pase a P8**

P7. ¿Cuánto es el monto que recibe mensualmente?

- ♦ Anote el monto declarado en pesos
- ♦ Si no tuvo ingreso anote 0
- ♦ Si no sabe anote 9

\$

P8. ¿Cuántos hijos, además de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) tiene el padre?

☞ Registre el número de hijos.

Hijos
<input type="text"/>

SITUACIÓN EDUCACIONAL

P9. Actualmente, ¿asiste el padre a algún establecimiento educacional?

1. Sí
2. No
9. No sabe

P10. ¿Cuál es el nivel y curso más alto alcanzado o el nivel educacional actual del padre?

☞ *Lea las alternativas:*

1. Nunca asistió
2. Sala cuna
3. Jardín Infantil (Medio menor y Medio mayor)
4. Pre kínder/Kínder (Transición menor y Transición Mayor)
5. Educación Especial (Diferencial)
6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo)
7. Educación Básica
8. Humanidades (Sistema Antiguo)
9. Educación Media Científico-Humanista
10. Técnica Comercial, Industrial o Normalista (S. Antiguo)
11. Educación Media Técnica Profesional
12. Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años)
13. Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años)
14. Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años)
15. Profesional Completo (Carreras 4 o más años)
16. Postgrado Incompleto
17. Postgrado Completo

Curso
<input type="text"/>

SITUACIÓN LABORAL

P11. ¿La situación laboral del padre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) es:

1. Ocupado (Trabaja con o sin remuneración)
2. Desocupado (No trabaja, está buscando trabajo)
3. Inactivo (No trabaja, no busca trabajo)
8. No responde
9. No sabe

INGRESOS

P12. Indique el total de ingresos promedio mensuales que percibe el padre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A).

1. Recibe ingresos. Indique monto en \$:

\$

2. No recibe ingresos
9. No sabe

1.11. Madre NO miembro del hogar

SI EN EL HOGAR NADIE ES LA MADRE BIOLÓGICA O ADOPTIVA (H1 DISTINTO DE 2 Y DISTINTO DE 4)

M1. ¿Qué edad tenía NIÑO(A) SELECCIONADO(A) cuando la madre dejó de vivir con él(ella)?

☞ *Si el(la) niño(a) tenía menos de 1 año, registrar edad en meses.*

Años	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

M2. ¿Qué edad tenía la madre a la fecha de nacimiento de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Edad
<input type="text"/>

M3. ¿Por qué razón no vive la madre con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

☞ *RAZON PRINCIPAL*

1. Divorciada/Anulada/Separada
2. Nunca ha vivido con él(ella)
3. Emigró a otro país
4. Emigró a otra región
5. Porque trabaja lejos
6. Viaje de más de tres meses
7. Privación de libertad
8. Falleció → **Pase a Módulo siguiente**
9. Medida de protección temporal en residencia de protección o acogida familiar decretada por tribunal
10. Otra

M4. ¿Tiene Ud. o NIÑO(A) SELECCIONADO(A) contacto con la madre?

1. Si
2. No → **Pase a Módulo siguiente**

M5.a ¿Con qué frecuencia NIÑO(A) SELECCIONADO(A) visita o es visitado por la madre?

1. Todos los días
2. 5 a 6 días a la semana
3. 3 a 4 días a la semana
4. 1 a 2 días a la semana
5. 1 vez cada 15 días
6. 1 vez al mes
7. 1 vez cada 3 meses
8. 1 vez cada 6 meses
9. 1 vez al año o menos

M5.b. En los primeros 5 años de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿con qué frecuencia tuvo contacto con su madre?

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca

Edad	
<input type="checkbox"/>	1. 0 a 11 meses
<input type="checkbox"/>	2. 1 año a 1 año 11 meses
<input type="checkbox"/>	3. 2 años a 2 años 11 meses
<input type="checkbox"/>	4. 3 años a 3 años 11 meses
<input type="checkbox"/>	5. 4 años a 4 años 11 meses

M6. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) recibe algún tipo de aporte económico por parte de la madre?

1. Si
2. No → *Pase a M8*

M7. ¿Cuánto es el monto que recibe mensualmente?

- ▶ Anote el monto declarado en pesos
- ▶ Si no tuvo ingreso anote 0
- ▶ Si no sabe anote 9

\$

M8. ¿Cuántos hijos, además de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) tiene la madre?

🗨️ *Registre el número de hijos.*

Hijos	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SITUACIÓN EDUCACIONAL

M9. Actualmente, ¿asiste la madre a algún establecimiento educacional?

1. Sí
2. No
9. No sabe

M10. ¿Cuál es el nivel y curso más alto alcanzado o el nivel educacional actual de la madre?

🗨️ *Lea las alternativas:*

1. Nunca asistió
2. Sala cuna
3. Jardín Infantil (Medio menor y Medio mayor)
4. Pre kínder/Kínder (Transición menor y Transición Mayor)
5. Educación Especial (Diferencial)
6. Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo)
7. Educación Básica
8. Humanidades (Sistema Antiguo)
9. Educación Media Científico-Humanista
10. Técnica Comercial, Industrial o Normalista (S. Antiguo)
11. Educación Media Técnica Profesional
12. Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años)
13. Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años)
14. Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años)
15. Profesional Completo (Carreras 4 o más años)
16. Postgrado Incompleto
17. Postgrado Completo

Curso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SITUACIÓN LABORAL

M11. ¿La situación laboral de la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) es?

1. Ocupada (Trabaja con o sin remuneración)
2. Desocupada (No trabaja, está buscando trabajo)
3. Inactiva (No trabaja, no busca trabajo)
8. No responde
9. No sabe

INGRESOS

M12. Indique el total de ingresos promedio mensuales que percibe la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A).

1. Recibe ingresos. Indique monto en \$:

\$

2. No recibe ingresos
9. No sabe

MAYORES DE 12 AÑOS

PE1. Presencia en la entrevista

1. Contesta
2. Presente pero no contesta
3. No está presente

2.1. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Embarazo de madre

MUESTRA NUEVA - CUIDADOR PRINCIPAL ES MADRE BIOLÓGICA

C1. Antes del embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿cuál era su estado nutricional?

Lea alternativas

1. Bajo peso
2. Peso normal
3. Sobrepeso
4. Obesidad
8. No responde
9. No sabe/No recuerda

C2. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿cuál era su estado nutricional?

Lea alternativas

1. Bajo peso
2. Peso normal
3. Sobrepeso
4. Obesidad
8. No responde
9. No sabe/No recuerda

C3. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

Marque todas las alternativas

1. Sí
2. No

1. Preeclampsia o toxemia
2. Colestasia intrahepática del embarazo o colestasia obstétrica
3. Infecciones urinarias
4. Hemorragias
5. Hipertensión arterial
6. Placenta Previa
7. Diabetes gestacional
8. Anemia
9. Toxoplasmosis
10. Rubéola
11. Sífilis
12. Otra. Especificar

13. No tuvo ninguna enfermedad

C4. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿le diagnosticaron alguna de las siguientes condiciones médicas?

Marque todas las alternativas

1. Sí
2. No

1. Depresión
2. Trastorno bipolar
3. Trastorno de ansiedad generalizada
4. Trastorno obsesivo compulsivo
5. Fobia
6. Trastorno de pánico
7. Trastorno estrés postraumático
8. Otra. Especificar

9. No ha sido diagnosticado por estas condiciones médicas → **Pasa a C7**

C5. ¿Tuvo algún tratamiento psicológico o psiquiátrico, relacionado con esa(s) condición(es) médica(s)?

1. Sí
2. No

C6. ¿Recibió tratamiento farmacológico a causa de esa(s) condición(es) médica(s)?

1. Sí
2. No

C7. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿fumó cigarrillos?

1. Sí
2. No → **Pasa a C9**

C8. ¿Cuántos cigarrillos fumó durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), en promedio mensual?

C9. Durante los primeros 6 meses de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿fumó cigarrillos?

1. Sí
2. No → **Pasa a C11**

C10. ¿Cuántos cigarrillos fumó durante los primeros 6 meses de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en promedio mensual?

C11. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿tomó alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, pisco u otros licores?

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente

C12. Durante los primeros 6 meses de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿tomó alguna bebida alcohólica?

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente

C13. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿consumió algún tipo de medicamento?

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente

C14. Durante los primeros seis meses de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿consumió algún tipo de medicamento?

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente

C15. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿consumió algún tipo de droga?

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente

C16. Durante los primeros 6 meses de vida de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿consumió algún tipo de droga?

1. Nunca
2. Esporádicamente
3. Regularmente

C17. ¿El embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) fue planificado?

1. Sí
2. No
8. No responde

SOLO A MUESTRA NUEVA

C18. ¿Ud./la madre biológica controló el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) con un médico?

1. Sí
2. No → *Pasa a C22*
9. No sabe → *Pasa a C22*

C19. ¿A cuántos controles asistió Ud./la madre biológica mientras estuvo embarazada?

Registre número de controles.

C20. ¿Alguna persona la acompañó a los controles de embarazo?

1. Sí, el padre del(de la) niño(a)
2. Si, el cónyuge o pareja distinto al padre del niño
3. Sí, la abuela(o) del(de la) niño(a)
4. Sí, un hermano(a) del(de la) niño(a)
5. Sí, otro familiar
6. Sí, otro no familiar
8. No
9. No responde

**SI C20 ES DISTINTO DE "1. SÍ, EL PADRE DEL NIÑO"
→ PASE A C22**

C21. ¿Con qué frecuencia el padre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) asistió a los controles de embarazo?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. La mayoría de las veces
4. Siempre
8. No responde
9. No sabe

C22. Durante el embarazo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿se le comunicó a Ud./la madre de algún problema, enfermedad, factor de riesgo o rezago del(de la) niño(a)?

1. Sí. Especifique:

2. No
8. No responde
9. No sabe/No recuerda

2.2. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): PARTO DEL NIÑO(A)

SOLO A MUESTRA NUEVA

C23. ¿En qué tipo de establecimiento nació NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Hospital público del SNSS
2. Establecimiento de las FF.AA. o de Orden
3. Clínica u hospital privado
4. Mutual de seguridad
5. Otro. Especifique:

9. No sabe

C24. El nacimiento de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿fue por parto normal, cesárea o fórceps?

1. Parto normal
2. Cesárea
3. Fórceps
9. No sabe

C25. Al momento del parto, ¿la madre biológica estaba acompañada por su pareja, algún familiar o persona afectivamente significativa para ella?

1. Sí, por el padre de(de la) NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
2. Sí, por su cónyuge o pareja (distinto al padre)
3. Sí, por un familiar
4. Sí, por un no familiar
5. No
8. No responde

C26. Al momento del nacimiento de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿existió alguna de las siguientes complicaciones?

Respuesta múltiple

1. Prolapso del cordón umbilical (el cordón umbilical aparece por el cuello uterino antes que el feto)
2. Sufrimiento fetal agudo (alteraciones de los latidos del feto)
3. Cordón umbilical corto
4. Posición del feto (de nalgas o de cara)
5. Parto prolongado, estacionado o contracciones ineficaces
6. Parto prematuro (antes de las 37 semanas)
7. Otro. Especificar

8. No

SOLO A MUESTRA NUEVA

C27. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía Ud./la madre cuando nació NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Registre número de semanas

99. No sabe

C28. ¿Tiene el carnet del niño sano o cuaderno con registro de los controles médicos?

1. Sí, lo tiene a disposición y lo facilita
2. Sí, lo tiene a disposición y no lo facilita
3. No, no lo tiene a disposición

C29. ¿Cuál fue la talla/altura de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al nacer?

Registre en centímetros

Cm.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

C30. ¿Cuál fue el peso de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al nacer?

Registre en kilos y gramos

Kilos	Gramos
<input type="text"/>	<input type="text"/>

C31. ¿Cuál fue la puntuación en el Test de Apgar de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al nacer?

a) Medición 1 (1 Minuto)

b) Medición 2 (5 Minutos)

C32. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) permaneció en incubadora durante algún tiempo?

1. Sí
2. No → **Pase a C34.a**
9. No sabe → **Pase a C34.a**

C33. ¿Cuántos días permaneció en incubadora?

Días
<input type="text"/>

2.3. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Pre/post natal

SOLO A MUESTRA NUEVA

C34.a La madre biológica(adoptiva) tenía un trabajo cuando nació NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Sí
2. No

C34.b ¿La madre biológica(adoptiva) estaba afiliada a un sistema previsional al momento del nacimiento(adopción) de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Sí
2. No → *Pase a C35*

C34.c ¿La madre biológica estaba cotizando al momento del nacimiento de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización obligatoria del trabajador dependiente
2. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Cotización voluntaria del trabajador independiente
3. Sí, IPS ex INP [Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART), Servicio de Seguro Social (SSS) u otras]
4. Sí, Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)
5. Sí, otra. Especifique

6. No estaba cotizando
9. No sabe

SOLO MUESTRA NUEVA Y C34.a = 1 SI C34.a IGUAL A NO → PASE A C39.a

C35. ¿La madre tuvo derecho a permiso pre natal en su trabajo?

1. Sí
2. No → *Pase a C36*

C35.a. ¿Cuántas semanas de descanso prenatal se tomó Ud./la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

☞ Si no sabe, anote 99.

Registre el número de semanas.

C36. ¿La madre tuvo derecho a permiso post natal en su trabajo?

1. Sí
2. No → *Pase a C45.a*

SOLO MUESTRA NUEVA Y C34.a = 1

C37. ¿Cuántas semanas de descanso postnatal se tomó Ud./la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

☞ Si no sabe, anote 99.

Registre el número de semanas.

C38. ¿Cuántas semanas de descanso postnatal parental se tomó Ud./la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

☞ Si no sabe, anote 99.

a) Registre número de semanas tiempo completo

b) Registre número de semanas medio tiempo

SOLO A MUESTRA NUEVA

C39.a ¿Sabía que la madre puede ceder hasta 6 semanas de su postnatal al padre?

1. Sí
2. No → *Pase a C41*

SOLO MUESTRA NUEVA Y C34.a = 1

C39.b Ud./La madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿cedió al padre del(de la) niño(a) parte de su postnatal parental?

1. Sí
2. No → *Pase a C41*
3. No aplica → *Pase a C41*

C40. ¿Cuántas semanas de su postnatal parental cedió Ud./la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al padre?

Registre número de semanas.

C41. ¿Volvió a trabajar después del término del descanso postnatal?

1. Sí → *Pase a C43*
2. No

C42. ¿Por qué no volvió a trabajar después del término del descanso postnatal?

1. No tenía con quién dejar a los niños
2. Problemas de salud del(de la) niño(a)
3. Problemas de salud
4. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan
5. Sueldos muy bajos
6. Quehaceres del hogar
7. No tenía interés en volver a trabajar
8. Otra razón. Especifique

SOLO MUESTRA NUEVA

C43. Una vez que se vuelve al trabajo y hasta que el(la) niño(a) cumple 2 años las mujeres pueden tomarse una hora legal para la alimentación del niño(a), ¿Ud. la madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) utilizó este beneficio?

- 1. Sí → *Pase a C45.a*
- 2. No
- 7. No aplica → *Pase a C45.a*
- 8. No responde → *Pase a C45.a*
- 9. No sabe → *Pase a C45.a*

C44. ¿Por qué no utilizó este beneficio legal?

- 1. No quiso tomar el beneficio
- 2. Dejó de trabajar en la empresa
- 3. No estaba asistiendo al trabajo, estaba con licencia médica
- 4. Por lejanía al establecimiento
- 5. Trabajaba independiente
- 6. Porque no sabía que existía
- 7. No tenía trabajo
- 8. Otro. Especifique:

C45.a ¿Sabía que actualmente los padres tienen el beneficio de 5 días de postnatal?

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a C47*

C45.b ¿El padre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) se tomó algunos días de postnatal?

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a C47*
- 3. No aplica → *Pase a C47*

C46. ¿Cuántos días se tomó de postnatal el padre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Registre número de días.

C47. Después del nacimiento de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿a Ud./la madre biológica le diagnosticó un especialista depresión postparto?

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a C50*
- 9. No sabe → *Pase a C50*

SOLO A MUESTRA NUEVA

C48. ¿Tuvo Ud./la madre algún tratamiento psicológico o psiquiátrico, relacionado con esta depresión?

- 1. Sí y me/le dieron de alta
- 2. Sí, pero no lo completé/ó
- 3. No

C49. ¿Uso fármacos a causa de esta depresión?

- 1. Sí, con receta médica
- 2. Sí, sin receta médica
- 3. No

C50. Durante los últimos 12 meses, algún especialista ¿le diagnosticó depresión?

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a C54*
- 9. No aplica → *Pase a C54*

C51. ¿Tuvo algún tratamiento psicológico o psiquiátrico, relacionado con esa depresión?

- 1. Sí
- 2. No

C52. ¿Usó fármacos a causa de esa depresión?

- 1. Sí, con receta médica
- 2. Sí, sin receta médica
- 3. No

C53. ¿Esta condición médica limita sus actividades diarias?

- 1. No
- 2. Sí, Parcialmente
- 3. Sí, Totalmente

C54. ¿Está Ud. actualmente embarazada?

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a C56*
- 8. No responde → *Pasa a Modulo siguiente*

C55. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?

Registre cantidad de semanas.

C56. ¿Cuántos hijos nacidos vivos tiene la madre biológica del NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Registre número.

3. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Salud del niño(a)

SOLO MUESTRA NUEVA

SN1. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) fue o es amamantado por su madre?

1. Sí, fue amamantado → **Pase a SN3**
2. Sí, sigue amamantando → **Pase a SN5**
3. No
8. No responde → **Pase a SN5**
9. No sabe → **Pase a SN5**

SN2. ¿Por qué no fue amamantado NIÑO(A) SELECCIONADO(A) por su madre?

1. Porque no tenía leche
2. Por enfermedad de la madre
3. Por rechazo del niño(a)
4. Porque estuvo en incubadora
5. Por enfermedad del niño(a)
6. Otra. Especificar

8. No responde
9. No sabe

→ **Todos pasan a SN5**

SN3. ¿Hasta qué mes de vida NIÑO(A) SELECCIONADO(A) fue amamantado(a) por la madre (lactancia exclusiva o combinada con otro tipo de alimentación)?

 *Registre edad en años y meses*

Años	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SN4. ¿Cuál fue la principal razón para finalizar la lactancia materna de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Razones laborales o estudio de la madre
2. Problemas con la lactancia
3. Razones de salud del(de la) niño(a)
4. Razones de salud de la madre
5. Opción personal de la madre
6. El(la) niño(a) no quiso seguir tomando
7. Otro. Especifique

SN5. ¿Fue necesario antes de los 6 meses de vida que en la alimentación de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) se incluyera alguna fórmula láctea (relleno)?

1. Sí
2. No → **Pasa a SN7**
8. No responde → **Pasa a SN7**
9. No sabe → **Pasa a SN7**

SN6. ¿La fórmula láctea (relleno) fue indicado por un profesional de la salud?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

TODOS LOS NIÑOS

SN7. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) ha recibido las vacunas que corresponden de acuerdo a su edad?

1. Si, ha recibido todas las vacunas → **Pasa a SN9**
2. Sí, pero algunas vacunas no las ha recibido
3. No ha sido vacunado
8. No sabe → **Pasa a SN9**
9. No responde → **Pasa a SN9**

SN8. ¿Por qué razón NIÑO(A) SELECCIONADO(A) no ha recibido todas las vacunas?

1. Olvido
2. Estaba fuera del país
3. No creo en las vacunas
4. Por temor a que le hagan daño al niño(a)
5. Otro. Especifique

6. No sabe
9. No responde

SN9. ¿Tiene NIÑO(A) SELECCIONADO(A) una tarjeta de vacunación?

1. Sí, la tengo a disposición
2. Sí, pero no la tengo a disposición
3. No

→ Si SN7=1 y Niño(a) Seleccionado(a) mayor a 6 años, pasa a SN10.7

→ Si SN7=1 y Niño(a) Seleccionado(a) menor a 6 años, pasa a SN10.10

SN10. A continuación quisiera preguntarle por cada una de las vacunas que ha recibido NIÑO(A) SELECCIONADO(A). ¿A los (EDAD DE APLICACIÓN) recibió NIÑO(A) SELECCIONADO(A) la vacuna (NOMBRE VACUNA)?

1. Sí
2. No
9. No sabe

SN10.1	<input type="checkbox"/>	a) BCG (Tuberculosis)	Recién Nacido
SN10.2	<input type="checkbox"/>	a) PENTAVALENTE (Hepatitis B, Difteria, Tétano, Tos Convulsiva, Enf. invasoras por H.influenzae tipo b)	2 meses
	<input type="checkbox"/>	b) POLIO INYECTABLE (Poliomielitis)	
	<input type="checkbox"/>	c) NEUMOCÓCICA CONJUGADA (Enferm. Invasoras por H. influenzae tipo b)	
SN10.3	<input type="checkbox"/>	a) PENTAVALENTE (Hepatitis B, Difteria, Tétano, Tos Convulsiva, Enf. invasoras por H.influenzae tipo b)	4 meses
	<input type="checkbox"/>	b) POLIO ORAL (Poliomielitis)	
	<input type="checkbox"/>	c) NEUMOCÓCICA CONJUGADA (Enferm. Invasoras por S. Pneumoniae)	
SN10.4	<input type="checkbox"/>	a) PENTAVALENTE (Hepatitis B, Difteria, Tétano, Tos Convulsiva, Enf. invasoras por H.influenzae tipo b)	6 meses
	<input type="checkbox"/>	b) POLIO ORAL (Poliomielitis)	
SN10.5	<input type="checkbox"/>	a) TRES VIRICA (Sarampión, Rubéola y Paperas)	12 meses
	<input type="checkbox"/>	b) MENINGOCÓCICA CONJUGADA (Enf. invasoras por N. meningitidis)	
	<input type="checkbox"/>	c) NEUMOCÓCICA CONJUGADA (Enf. invasoras por S.Pneumoniae)	
SN10.6	<input type="checkbox"/>	a) PENTAVALENTE (Hepatitis B, Difteria, Tétano, Tos Convulsiva, Enf. invasoras por H.influenzae tipo b)	18 meses
	<input type="checkbox"/>	b) POLIO ORAL (Poliomielitis)	
SN10.7	<input type="checkbox"/>	a) TRES VIRICA (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	1 básico (6 años)
	<input type="checkbox"/>	b) DTP (Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva)	
SN10.8	<input type="checkbox"/>	a) VPH (Infecciones por Virus Papiloma Humano)	4 básico (9 años - solo mujeres)
SN10.9	<input type="checkbox"/>	a) VPH (Infecciones por Virus Papiloma Humano)	5 básico (11 años - solo mujeres)

SN10.10 Además de las vacunas antes señaladas ha recibido NIÑO(A) SELECCIONADO(A) alguna de las siguientes vacunas:

1. Sí
2. No
9. No sabe

SN10.10	<input type="checkbox"/>	a) VARICELA
	<input type="checkbox"/>	b) ROTAVIRUS
	<input type="checkbox"/>	c) HEPATITIS A

SN17. A continuación le pediré recordar las atenciones o consultas médicas que NIÑO(A) SELECCIONADO(A) recibió en los últimos 12 meses, distinguiendo entre control de salud, consulta médica general, de especialidad, consulta de urgencia, etc.  Ahora le voy a preguntar por diferentes tipos de consultas médicas.

a) ¿Cuántos controles del niño sano o control de salud tuvo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en los últimos 12 meses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) ¿Cuántas consultas con un médico general o pediatra tuvo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en los últimos 12 meses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) ¿Cuántas consultas de urgencia tuvo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en los últimos 12 meses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) ¿Cuántas consultas de salud mental tuvo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en los últimos 12 meses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) ¿Cuántas consultas de especialidad tuvo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en los últimos 12 meses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

f) En los últimos 12 meses NIÑO(A) SELECCIONADO(A) ha ido al dentista?

1. Sí → ¿Cuántas veces?

2. No ha ido → **Pase a SN19**

9. No sabe/No recuerda → **Pase a SN19**

SN18. ¿Por qué razón NIÑO(A) SELECCIONADO(A) tuvo esta/s consulta/s dental/es?

 Marque todas las alternativas

- Sí
- No

<input type="checkbox"/>	1. Dolor o molestias con los dientes, encías o boca
<input type="checkbox"/>	2. Tratamiento/Continuar tratamiento
<input type="checkbox"/>	3. Revisión o control de rutina
<input type="checkbox"/>	4. Otro motivo
<input type="checkbox"/>	9. No sabe

SN19. En los últimos 5 años/desde su nacimiento, ¿ha estado NIÑO(A) SELECCIONADO(A) hospitalizado alguna vez?

- Sí
- No → **Pasa a SN21**

SN20. ¿Cuál fue el número de días durante el año... que NIÑO(A) SELECCIONADO(A) estuvo hospitalizado por alguna o más de alguna enfermedad o lesión?

 Registre el número de días

A. 2012	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. 2013	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. 2014	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. 2015	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. 2016	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SN21. En la familia directa de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), es decir, su papá, su mamá o hermanos, ¿alguien tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones de salud?

 Marque una X frente a las enfermedades que hayan tenido.

	Madre	Padre	Hermano
a) Hipertensión (presión alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diabetes (azúcar alta en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dislipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cáncer o tumor maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1) Especifique cáncer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Bocio o enfermedad a la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sobrepeso u obesidad (exceso de peso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Infarto o ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Accidente vascular, trombosis, o derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fractura de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Autismo, o trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Otro(s) trastorno(s) de salud mental. Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p) Tabaquismo (consumo de tabaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Consumo perjudicial o dependencia de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Consumo perjudicial o dependencia de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Muerte por arritmia maligna o muerte súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Muerte súbita del lactante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) No tiene hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) No ha tenido ninguna de estas enfermedades o condiciones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SN22. ¿Le ha dicho alguna vez un médico (u otro profesional de la salud) que NIÑO(A) SELECCIONADO(A) tiene (NOMBRE DE LA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE SALUD)?

SN23. En los últimos 12 meses, ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) ha recibido algún medicamento o tratamiento médico para (NOMBRE DE LA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE SALUD)?

1. Sí
2. No
9. No sabe

	22	23
1) Asma o enfermedad respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Enfermedad al corazón (enfermedad cardíaca, coronaria o ataque al corazón) no malformaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Enfermedad renal crónica (diálisis, trasplante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Diabetes (o azúcar alta en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Hipertensión (o presión alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Dislipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Bocio o enfermedad a las tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Epilepsia u otra enfermedad que provoque convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Autismo, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo u otros trastornos del espectro del autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Migraña (dolores de cabeza recurrentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Artritis (Por ejemplo: artritis idiopática juvenil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Pérdida, ausencia o malformaciones de brazos, piernas o dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Malformaciones congénitas como malformaciones cardíacas, labio leporino, espina bífida u otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Síndrome alcohólico fetal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Traumatismo encéfalo craneano (TEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Síndrome de Down u otra alteración genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Problemas de desarrollo psicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Problemas de conducta o de comportamiento, como trastorno oposicionista desafiante u otro trastorno de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	22	23
21) Trastorno de déficit atencional (ADD) o déficit de atención e hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Algún tipo de dificultad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Problemas del habla u otros problemas de lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Sordera o pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Ceguera o pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Trastorno de la conducta alimentaria como Anorexia o Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Enfermedad celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Alergia alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Problemas del sueño (apnea del sueño, insomnio recurrente, pesadillas, terror nocturno, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Otro problema de salud crónico (persistente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SN24. Desde su nacimiento, ¿ha tenido NIÑO(A) SELECCIONADO(A) algún accidente, como golpe, caída, herida, fractura, quemadura o envenenamiento, por el que necesitó acudir a un establecimiento asistencial o profesional de la salud?

1. Si
2. No → *Pasa a SN27*

SN25. Piense en el accidente más grave que NIÑO(A) SELECCIONADO(A) ha sufrido, ¿qué efecto o daño causó el accidente?

Registre la opción más importante

1. Pérdida de conciencia o conocimiento por golpe de cabeza
2. Fracturas, quebraduras o heridas graves (ej. suturas)
3. Contusiones, moretones, cardenales, esguinces, luxaciones, torceduras
4. Envenenamientos o intoxicaciones
5. Quemaduras
6. Ahogamiento o sofocación
7. Mordeduras
8. Otros
9. No sabe lo que le pasó

SN26. ¿A qué edad de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) ocurrió este accidente?

Si el(la) niño(a) tenía menos de un año, registrar número de meses y anote 0 en años.

Años
<input type="text"/>

Meses
<input type="text"/>

NIÑOS(AS) DESDE 2 AÑOS

SN27. Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener NIÑO(A) SELECCIONADO(A) para realizar ciertas actividades debido solamente a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayudan.

Utilizando una escala de 1 a 5, donde el 1 significa ninguna dificultad y el 5 significa dificultad extrema o imposibilidad, en los últimos 30 días debido a su salud, ¿qué grado de dificultad NIÑO(A) SELECCIONADO(A) ha tenido para:

1. Ninguno
2. Leve
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema/imposibilidad
8. No sabe
9. No responde

- a) Ver sin lentes?
- b) Escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos?
- c) Caminar?
- d) Entenderle a usted y a otros?
- e) Aprender?
- f) Controlar su comportamiento?
- g) Completar una tarea?
- h) Llevarse bien con otros niños?

4.1 NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Educación

NIÑOS QUE ASISTEN

EN1. ¿A qué jornada asiste NIÑO(A) SELECCIONADO(A) regularmente?

Lea alternativas

1. Jornada mañana
2. Jornada tarde
3. Jornada completa (mañana y tarde)
4. Jornada completa con extensión de horario
5. Otra (horario variable, esporádico o flexible)

0 A 5 AÑOS ASISTE

EN2. Pensando en el establecimiento educacional al que asiste NIÑO(A) SELECCIONADO(A) actualmente, ¿por qué razón lo(la) matriculó en este establecimiento educacional?

Registre la razón más importante.

1. Porque queda cerca de su trabajo o casa
2. El número de niños por grupo
3. El número de asistentes/educadoras por grupo
4. Las actividades educativas ofrecidas
5. Por la orientación valórica o religiosa del establecimiento
6. Las educadoras sean atentas y cariñosas
7. Que promueva la participación de la familia
8. El establecimiento educacional sea un ambiente seguro y limpio
9. El horario de atención del programa
10. La infraestructura del recinto
11. El currículo/enfoque pedagógico o programa educativo
12. Porque era gratuito/el más económico
13. Por otra razón. Especifique

EN3. Para escoger un programa de educación parvularia, ¿cuán importante es para Ud. que:

1. No importante
2. Poco importante
3. Importante
4. Muy importante

- a. El jardín quede cerca de su trabajo o casa?
- b. El número de niños por grupo?
- c. El número de asistentes/educadoras por grupo?
- d. Las actividades educativas ofrecidas?
- e. Las educadoras sean atentas y cariñosas?
- f. Que promueva la participación de la familia?
- g. El establecimiento educacional sea un ambiente seguro y limpio?

6 A 12 AÑOS ASISTE

EN4. Pensando en el establecimiento educacional al que asiste NIÑO(A) SELECCIONADO(A) actualmente, ¿por qué razón lo matriculó en este establecimiento educacional?

Registre la razón más importante.

1. Porque quedaba cerca de su domicilio/trabajo
2. Por la infraestructura del establecimiento
3. Porque compañeros(as) o amigos(as) del estudiante se matricularon en este establecimiento
4. Por la orientación valórica o religiosa del establecimiento
5. Por su excelencia académica o buenos resultados en el SIMCE o PSU
6. Porque tenía la especialidad técnico profesional que buscaba
7. Porque era gratuito/el más económico
8. Porque era el único de la comuna
9. Porque no aceptaban al estudiante en otro establecimiento
10. Porque los(las) hermanos(as) del(de la) estudiante estaban en ese establecimiento
11. Porque el establecimiento era bilingüe
12. Por otra razón. Especifique

6 A 12 AÑOS ASISTE

EN5. En promedio, ¿en qué rango diría usted que están las notas de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

- Considere el año pasado como referencia (2016).
- Si niño está en primero básico considere como referencia el periodo transcurrido del presente año.
- Lea alternativas.

1. Menos de 4,0
2. Entre 4,0 y 4,9
3. Entre 5,0 y 5,9
4. Entre 6,0 y 7,0
8. No responde
9. No sabe

NIÑOS 5 AÑOS Y MÁS QUE ASISTEN

EN6. ¿Tiene NIÑO(A) SELECCIONADO(A) tareas escolares para la casa?

1. 4 a 5 veces por semana
2. 2 a 3 veces por semana
3. Una vez por semana
4. 1 a 3 veces al mes
5. Menos de una vez al mes

EN7. Cuando tiene tareas escolares para la casa, ¿cuánto tiempo dedica al día NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a hacerlas?

Señale horas y minutos diarios.

Hora al día	Minutos al día
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

6 A 12 AÑOS ASISTE

EN8. En un día habitual, ¿cuánto tiempo en total tarda NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en ir a su establecimiento educacional?

Hora	Minutos
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

4.2 NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Trayectoria Educacional (todos los niños)

TODOS

☞ En los espacios en blanco (.....) debe mencionar el tramo acerca del cual está preguntando.

☞ En la hoja de ruta vendrá señalado para que tramos ya hay información. Ud. deberá llenar los tramos faltantes

EN9. ¿Existe/existía cerca de su hogar o trabajo un establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil entre los (.....)?

1. Sí
2. No
9. No sabe

EN10.a. ¿Envío a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a la sala cuna entre los (0 años y 1 año 11 meses)?

EN10.b. ¿Envío a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al jardín infantil entre los 2 años y 4 años 11 meses?

EN10.c. ¿Envío a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a la escuela o colegio entre los (.....)?

1. Sí
2. No
9. No sabe

EN10.d. Ese establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil, ¿se encontraba cerca de su hogar o de su trabajo?

1. Sí, cerca de su vivienda
2. Sí, cerca de su trabajo
3. No estaba cerca de su hogar ni de su trabajo.

Edad	ENO	EN9			EN10			
		A	B	C	A	B	C	D
0 – 1 año 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2 años – 3 años 11 meses	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4 años – 4 años 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 años – 5 años 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde 6 años	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIÑOS 0 A 5 AÑOS

EN11. ¿Cuánto tiempo envió a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al Establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil entre los (.....)?

☞ Registre meses y semanas

EN12. ¿En qué horario asistía NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al Establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil entre los (.....), la mayor parte del tiempo?

1. Mañana
2. Tarde
3. Mañana y tarde

EN13 ¿Cuál fue la principal razón por la que envió al NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al establecimiento educacional entre los (.....)?

1. Tenía que trabajar y preferí una Sala Cuna o Jardín Infantil
2. Para que sociabilizara con otros(as) niños(as)
3. Para estimular su aprendizaje
4. Por su edad, le correspondía asistir
5. Otra razón. Especifique

Edad	Mes	Sem	EN12	EN13	EN13_Especifique
0 – 1 año 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 años – 3 años 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 años – 4 años 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 años – 5 años 11 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TODOS

EN14. ¿Cuántos Establecimientos educacionales, salas cuna o jardines infantiles utilizó entre los (.....)?

EN15. ¿Qué tipo de Establecimiento educacional utiliza/utilizó entre los (.....)?

1. Municipal
2. Particular subvencionada
3. Corporación de administración delegada
4. Particular pagado
5. JUNJI
6. INTEGRA
7. Jardín Infantil o sala cuna del trabajo de la madre o del padre
8. Jardín Infantil o sala cuna financiado por el empleador
9. Otra dependencia

Edad	EN14	EN15
0 – 1 año 11 meses	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
2 años – 3 años 11 meses	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
4 años – 4 años 11 meses	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
5 años – 5 años 11 meses	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Desde 6 años	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

5. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Cuidado del niño

CN1.a. ¿Trabaja en su hogar una trabajadora de casa particular puertas afuera para ayudar a cuidar a los niños?

1. Sí, para cuidado exclusivo de los niños en el hogar
2. Sí, para cuidado de los niños y cuidado del hogar.
3. No → *Pase a CN2*

CN1.b. ¿Cuántos días a la semana viene esta persona a su hogar?

CN1.c. ¿En qué jornada asiste esta persona al hogar?

1. Completa
2. Parcial
3. Otra jornada

SOLO SI HAY TRABAJADOR DE CASA PUERTAS ADENTRO

CN1.d. ¿La trabajadora de casa particular puertas adentro colabora en el cuidado de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Si
2. No → *Pase a CN2*

CN1.e. ¿Cuánto tiempo diario dedica habitualmente esta persona al cuidado de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

🗨 *Registre en horas y minutos*

Hora	Minutos
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

CN2. ¿Hay alguien fuera del hogar, familiar o no familiar, excluyendo a los trabajadores de casa particular, que le ayude de forma habitual con el cuidado del(de la) niño(a) (lo vaya a dejar al colegio, lo cuide durante el día, etc.)?

1. Si → *¿Quién?*
2. No

**A TODOS LOS INTEGRANTES DE 6 AÑOS O MAS Y MAYORES QUE EL NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
– EXCLUIDO EL NIÑO(A) SELECCIONADO(A)**

CN3. En relación al cuidado cotidiano de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), [NOMBRE] realiza de forma HABITUAL las siguientes actividades.

☐ Marque “Sí” o “No” a los integrantes del hogar, dependiendo de si realizan estas actividades de forma habitual, o no.

NIÑO(A) SELECCIONADO(A) DE 0 A 3 AÑOS 11 MESES

- a. Cambiarle los pañales a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
- b. Darle la comida a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)

NIÑO(A) SELECCIONADO(A) DE 0 A 5 AÑOS 11 MESES

- c. Ayudar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a lavarse los dientes (o lavárselos)

TODOS

- d. Bañar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
- e. Compartir una comida con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
- f. Llevar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al consultorio, hospital, centro médico o clínica
- g. Cuidar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) cuando está enfermo(a)
- h. Llevar al jardín, sala cuna o escuela a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)
- i. Asistir a reuniones en el jardín o escuela de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)

NIÑO(A) SELECCIONADO(A) DE 6 AÑOS O MÁS

- j. Ayudar con las tareas escolares de NIÑO(A) SELECCIONADO(A)

0	0 a 3 años 11 meses		0 a 5 años 11 meses	TODOS						Desde los 6 años
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1	<input type="checkbox"/>									
2	<input type="checkbox"/>									
3	<input type="checkbox"/>									
4	<input type="checkbox"/>									
5	<input type="checkbox"/>									
6	<input type="checkbox"/>									
7	<input type="checkbox"/>									
8	<input type="checkbox"/>									
9	<input type="checkbox"/>									
10	<input type="checkbox"/>									

NIÑOS 0 A 5 AÑOS

CN4. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia los cuidadores principales participaron en alguna de las siguientes actividades con NIÑO(A) SELECCIONADO(A):

1. Nunca
2. 1 a 3 veces
3. 4 a 6 veces
4. Todos los días
5. No aplica

	Cuidador Principal	Segundo Cuidador
a) Cantarle canciones a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) o cantar con NIÑO(A) SELECCIONADO(A), incluyendo canciones de cuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Enseñarle animales y sus sonidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Enseñarle los colores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Enseñarle números y a contar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Enseñarle las letras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TODOS

	Cuidador Principal	Segundo Cuidador
f) Leerle libros a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) o mirar los dibujos de un libro con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Contarle cuentos a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Llevar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a la feria, almacén o supermercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Jugar con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Nombrarle, contarle o dibujar cosas a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) o con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Llevar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a plazas, parques, ludotecas o juegos públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Salir con NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a visitar amigos o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Llevar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a museos, zoológicos, biblioteca u otro paseo cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ayudar a hacer las tareas con NIÑO(A) SELECCIONADO(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Llevar a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) a sus actividades (talleres, deporte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CN5. ¿Cuántos días en la última semana NIÑO(A) SELECCIONADO(A):

	Días
1. Quedó solo durante más de una hora?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Quedó al cuidado de otro niño(a); es decir, con alguien menor de 10 años, durante más de una hora?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Quedó a cargo de otro niño(a); es decir, cuidando a alguien menor de 10 años, durante más de una hora?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NIÑOS 3 A 4 AÑOS

CN6. A continuación me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud y desarrollo de NIÑO(A) SELECCIONADO(A). Los niños no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad; por ejemplo, algunos caminan antes que otros. Las siguientes preguntas están relacionadas a varios aspectos del desarrollo.

1. Si
2. No
9. No sabe

<input type="checkbox"/>	a) ¿Puede el niño(a) identificar o nombrar por lo menos diez letras del alfabeto?
<input type="checkbox"/>	b) ¿Puede el niño(a) leer al menos cuatro palabras sencillas y populares?
<input type="checkbox"/>	c) ¿Sabe el niño(a) el nombre y reconoce el símbolo de todos los números del 1 al 10?
<input type="checkbox"/>	d) ¿Puede el niño(a) levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?
<input type="checkbox"/>	e) ¿Se siente el niño(a) a veces demasiado enfermo como para jugar?
<input type="checkbox"/>	f) ¿Puede el niño(a) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?
<input type="checkbox"/>	g) ¿Cuándo se le da algo para hacer, ¿puede el niño(a) hacerlo por sí solo(a)?
<input type="checkbox"/>	h) ¿Se lleva el niño(a) bien con los otros niños(as)?
<input type="checkbox"/>	i) ¿El niño(a) pateo, muerde o golpea a otros niños(as) o adultos?
<input type="checkbox"/>	j) ¿Se distrae el niño(a) fácilmente?

6. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Acceso a programas

SEGURIDADES Y OPORTUNIDADES

AP1. ¿Participa el núcleo familiar de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en Chile Solidario?

1. Sí
2. No

AP2. ¿Participa el núcleo familiar de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en el Programa Seguridades y Oportunidades o Ingreso Ético Familiar?

1. Sí
2. No

SUBSIDIOS MONETARIOS

AP3. El mes pasado, ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A), recibió alguno de los siguientes subsidios?

1. Si
2. No
9. No sabe

1. Asignación Familiar

2. Subsidio familiar al menor o recién nacido

3. Subsidio familiar por invalidez

4. Bono Control del Niño Sano al Día (\$ por niño(a) menor de seis años)

5. Bono Deberes por Asistencia Escolar (\$ por niño(a) y adolescente entre 6 y 18 años)

6. Bono por logro escolar

7. Subsidio por discapacidad mental

Chile Crece

NIÑOS 0 A 9 AÑOS

AP4. ¿Conoce o ha escuchado sobre el programa Chile Crece Contigo?

1. Sí
2. No

AP5. Señale si el NIÑO(A) SELECCIONADO(A) recibió el siguiente material de estimulación que entrega el programa Chile Crece Contigo.

1. Sí
2. No → *Pase AP7*
8. No responde → *Pase AP7*
9. No sabe → *Pase AP7*

AP6. ¿Usó cada uno de los materiales que recibió?

1. Si
2. No

	AP5	AP6
a. Guía gestación y nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuaderno del(de la) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Materiales de estimulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bolso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cargador de bebé (canguro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cd música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Libros para el(la) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ropa para el(la) niño(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Set de juegos menores de Pre-Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

AP7. En relación a las siguientes prestaciones que entrega el programa Chile Crece Contigo, señale si usted o el padre/madre de NIÑO(A) SELECCIONADO(A):

1. Sí
2. No → **Pase a AP8**
8. No responde → **Pase a AP8**
9. No sabe → **Pase a AP8**

AP8. ¿Cuán útil fue esta prestación?

☞ *Mostrar Tarjeta AP8*

1. Muy útil
2. Algo útil
3. Poco útil
4. Nada útil

	AP7	AP8
a) ¿Recibió visitas domiciliarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Participó en talleres de educación para padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Recibió información acerca de la estimulación, crianza y/o desarrollo infantil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Su hijo(a) participó en sala de estimulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Ha visitado la página web?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Ha escuchado del programa Chile Crece Contigo en la radio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Utilizó el Fono infancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Programas de alimentación

NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS

AP9. En los últimos tres meses, ¿recibió o retiró, gratuitamente, alimento del consultorio para NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

☞ *Lea alternativas*

☞ *Mostrar Tarjeta AP9 "Alimentos niños"*

☞ *Registre hasta 2 tipos de alimentos*

1. Sí, Leche Purita Fortificada
2. Sí, Purita Cereal
3. Sí, Mi Sopita
4. Sí, fórmula para prematuros
5. Sí, fórmula de inicio
6. Sí, fórmula para errores innatos del metabolismo (INTA)
7. No retiró alimento
9. No sabe / No recuerda

Tipo 1	Tipo 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIÑOS QUE ASISTEN

AP10. En el año escolar 2017, ¿ha recibido alimentación gratuita en el establecimiento educacional?

☞ *Lea las alternativas.*

1. Sí
2. No

- a) Desayuno
- b) Almuerzo
- c) Once
- d) Colación

Beneficios parvularios y escolares

NIÑOS QUE ASISTEN

AP11. En el presente año escolar 2017, ¿ha recibido alguno de los siguientes beneficios?

☞ *Lea las alternativas.*

1. Sí
2. No

- a) Útiles escolares (cuadernos, lápices, block de dibujo, etc.)
- b) Textos escolares (libros de estudio)
- c) Atención dental escolar
- d) Atención médica escolar
- e) Yo elijo mi PC (séptimo básico)

7.1 NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Prácticas de crianza

TODOS LOS NIÑOS

Ahora le preguntaremos sobre algunos hábitos de NIÑO(A) SELECCIONADO(A) esto es, sobre su comportamiento más usual o acostumbrado. Entendiendo que los/las niños/as no se duermen ni se despiertan todos los días a la misma hora.

PC1.a. ¿A qué hora se despierta NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en la mañana?

PC1.b. ¿A qué hora se duerme NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en la noche?

Por favor, responda para los días de semana.

Ejemplo 1: Si la madre contesta a las "12:30 de la noche" registrar 00 en Hora del día y 30 en Minutos.

Ejemplo 2: Si la madre contesta las 9:30 de la noche, registrar 21 en Hora del día y 30 en Minutos.

PC1a. Hora y Minuto	PC1b. Hora y Minuto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PC2. ¿En qué lugar NIÑO(A) SELECCIONADO(A) se queda dormido(a) habitualmente en la noche?

1. En su cama/cuna
2. En cama no propia
3. En el sofá
4. En brazos
5. Otra. Especificar

PC3. ¿Cuál de las siguientes alternativas describe mejor cómo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) se queda dormido(a)?

1. Viendo TV
2. Mientras le cantan/leen/acompañan
3. Tomando leche (mamadera o pecho)
4. No necesita nada para quedarse dormido
5. Otra. Especificar

PC4. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) duerme siesta?

1. Sí
2. No → Pasa a PC6

PC5. ¿Cuántos minutos en total en el día?

Si es más de una siesta sumar el tiempo. Ejemplo: si duerme 2 siestas de 1 hora entonces registrar 120 minutos

NIÑOS 0 A 3 AÑOS

PC6. ¿NIÑO(A) SELECCIONADO(A) usa pañales?

1. Sí, en el día y noche
2. Sí, sólo en la noche
3. No

TODOS LOS NIÑOS

PC7. ¿Cuántas veces al día se/le cepilla los dientes/encías a NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Si responde "0" → Pasa a PC9

Registre el número de veces.

PC8. ¿Cómo se cepilla los dientes NIÑO(A) SELECCIONADO(A) la mayoría de las veces?

1. Solo, sin supervisión de nadie
2. Solo, con supervisión de un adulto
3. Con ayuda de algún otro niño(a)
4. Se los cepilla un adulto

PC9. ¿Cuántas veces a la semana se baña NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Registre el número de veces.

PC10. ¿Cuántas veces a la semana se lava el pelo NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

Registre el número de veces.

PC11. ¿Con qué frecuencia NIÑO(A) SELECCIONADO(A) está expuesto(a) al humo del tabaco de los demás?

1. Frecuentemente
2. Ocasionalmente
3. Nunca

PC12.a. En el último mes, ¿llevo a NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en un auto?

1. Sí
2. No → *Pasa a PC13*

PC12b1. ¿Utilizó NIÑO(A) SELECCIONADO(A) un dispositivo de seguridad en el auto, como cinturón de seguridad?:

1. Sí, siempre
2. Frecuentemente
3. Poco
4. No

PC12b2. ¿Utilizó NIÑO(A) SELECCIONADO(A) un dispositivo de seguridad en el auto, como sillita?:

1. Sí, siempre
2. Frecuentemente
3. Poco
4. No

PC12b3. ¿Utilizó NIÑO(A) SELECCIONADO(A) un dispositivo de seguridad en el auto, como alzador?:

1. Sí, siempre
2. Frecuentemente
3. Poco
4. No

2 AÑOS Y MÁS

PC13. ¿Con qué frecuencia NIÑO(A) SELECCIONADO(A) come:

1. Dos o más veces por semana
2. Una vez a la semana
3. Entre una y tres veces al mes
4. Menos de 1 vez al mes
5. No come

a) ¿Pescado o marisco (cualquier tipo de presentación)?

b) ¿Algún tipo de legumbres como porotos, lentejas, arvejas, garbanzos?

PC14. En una semana típica, ¿cuántos días NIÑO(A) SELECCIONADO(A) come frutas?

N° días	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PC15. En una semana típica, ¿Cuántos días NIÑO(A) SELECCIONADO(A) come verduras, hortalizas o ensaladas de verduras, sin considerar papas ni legumbres?

N° días	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PC16. ¿Con qué frecuencia NIÑO(A) SELECCIONADO(A) consume:

1. 3 o más veces al día
2. 2 o más veces al día
3. 1 vez al día
4. 3 a 6 veces a la semana
5. 1 a 2 veces a la semana
6. 2 a 3 veces al mes
7. 1 vez al mes
8. Menos de una vez al mes
9. No consume

a) Jugos o bebidas azucaradas?

b) Dulces o golosinas (chocolates, galletas, suflitos u otros snacks en bolsa)

c) Comida chatarra (completos, hamburguesas, pizzas, papas fritas, etc)?

d) leche, queso, quesillo o yogurt?

PC17. ¿Cuántos vasos de agua consume NIÑO(A) SELECCIONADO(A) al día?

N° de vasos al día	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 AÑOS Y MAS

PC18. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días NIÑO(A) SELECCIONADO(A) realizó actividad física por un total de al menos 60 minutos diarios?

Sume todo el tiempo que pasó realizando cualquier actividad física.

1. Ningún día
2. Un día
3. Dos días
4. Tres días
5. Cuatro días
6. Cinco días
7. Seis días
8. Siete días

PC19. ¿Dónde NIÑO(A) SELECCIONADO(A) pasa más tiempo realizando actividad física fuera del colegio?

1. No hace actividad física fuera del colegio
2. En otros colegios
3. En club deportivo/centro deportivo
4. En gimnasio municipal/público
5. En la calle o pasaje
6. En parques o plazas
7. En la casa
8. Otro lugar

6 AÑOS Y MÁS

PC20. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días NIÑO(A) SELECCIONADO(A) se fue o volvió SOLO a la escuela caminando, en bicicleta o transporte público?

 Registre número de días

N° días	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PC21. Durante un día normal, ¿cuánto tiempo pasa NIÑO(A) SELECCIONADO(A) sentado viendo televisión, jugando en el computador, conversando con amigos, leyendo o haciendo otras cosas que te exigen permanecer sentado? Por favor, no considere el tiempo en la escuela o haciendo tareas escolares.

 Entendiendo día normal, como un día promedio que considera una semana completa de lunes a domingo

1. Menos de 1 hora
2. Entre 1 y 2 horas
3. Entre 3 y 4 horas
4. Entre 5 y 6 horas
5. Entre 7 y 8 horas
6. Más de 8 horas

PC22. Durante un día normal, ¿cuánto tiempo NIÑO(A) SELECCIONADO(A) está frente a pantallas (TV, Tablet, computador, celular, etc.) para ver contenido audiovisual tales como películas, series audiovisuales o jugando videojuegos con celular o con computador?

 Entendiendo día normal, como un día promedio que considera una semana completa de lunes a domingo

 Por favor, responda para los días de semana y para los días del fin de semana.

1. Nada
2. Menos de 1 hora
3. Entre 1 y 2 horas
4. Entre 2 y 3 horas
5. Entre 3 y 4 horas
6. Entre 4 y 5 horas
7. Más de 5 horas

TODOS LOS NIÑOS

PC23. Durante un día normal, ¿cuánto tiempo pasa NIÑO(A) SELECCIONADO(A) jugando? Por favor, NO considere el tiempo frente a pantallas, viendo contenido audiovisual o jugando videojuegos, con el celular o con computador.

 Entendiendo día normal, como un día promedio que considera una semana completa de lunes a domingo

 Por favor, responda para los días de semana y para los días del fin de semana.

1. Nada
2. Menos de 1 hora
3. Entre 1 y 2 horas
4. Entre 2 y 3 horas
5. Entre 3 y 4 horas
6. Entre 4 y 5 horas
7. Más de 5 horas

NIÑOS 5 AÑOS Y MÁS

PC24. NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿usa Internet?

1. Sí
2. No → *Pasa a PC26*

PC25. ¿Dónde NIÑO(A) SELECCIONADO(A) utiliza más frecuentemente Internet?

1. En el hogar
2. En el establecimiento educacional
3. En movimiento – Utilización de Internet durante un desplazamiento
4. Otro

PC26. ¿Tiene NIÑO(A) SELECCIONADO(A) teléfono móvil en funcionamiento y en uso?

1. Sí
2. No

NIÑOS 5 AÑOS Y MÁS

PC27. Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños(as) la manera correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan. Por favor, dígame si Ud. o cualquier otro adulto más del hogar usó estos métodos con NIÑO(A) SELECCIONADO(A) en el mes pasado.

1. Si
2. No

- a) Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que le gusta, o no le dejó salir de la casa.
- b) Le explicó por qué su comportamiento estuvo mal.
- c) Lo(a) sacudió.
- d) Lo(a) retó gritándole.
- e) Le dio otra cosa que hacer.
- f) Le dio una palmada o lo(a) golpeó en el trasero con la mano.
- g) Lo(a) golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con un cinturón, un palo u otro objeto duro.
- h) Lo(a) llamó tonto(a), flojo(a) o alguna otra cosa parecida.
- i) Lo(a) golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.
- j) Lo(a) golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.
- k) Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.
- l) No hizo nada
- m) Lo(a) ignoró
- n) Lo(a) amenazó
- o) Lo(a) mandó a un lugar donde estar solo por un rato

PC28. ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño(a), se le debe castigar físicamente?

1. Sí
2. No

TODOS LOS NIÑOS

PC29.a. NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿ha presenciado peleas o amenazas entre los integrantes del hogar?

1. Sí
2. No

PC29.b. ¿Ud. ha consumido durante los últimos 30 días.

1. Si
2. No

- a. Cigarrillos
- b. Cerveza, vino u otras bebidas con alcohol (más de una copa o vaso al día)
- c. Marihuana
- d. Cocaína o pasta base
- e. Anfetaminas
- f. Tranquilizantes o antidepresivos sin receta

PC29.c. ¿Otro miembro del hogar, ha consumido durante los últimos 30 días.

1. Si
2. No

- a. Cigarrillos
- b. Cerveza, vino u otras bebidas con alcohol (más de una copa o vaso al día)
- c. Marihuana
- d. Cocaína o pasta base
- e. Anfetaminas
- f. Tranquilizantes o antidepresivos sin receta

PC29.d. Las siguientes preguntas son acerca de su percepción del consumo de distintas sustancias entre niños, niñas y adolescentes. ¿Cuál sería su reacción si...

1. Extremadamente molesto
2. Bastante molesto
3. Algo molesto
4. Poco molesto
5. No sabe cómo reaccionaría

- a. Se entera que su hijo(a) fue sorprendido fumando en el colegio?
- b. Se entera que su hijo(a) ha tomado alcohol con sus amigos?
- c. Se entera que su hijo(a) ha probado la marihuana?
- d. Se entera que su hijo(a) ha robado?
- e. Se entera que su hijo(a) ha hecho graffitis o escrito cosas o hecho dibujos en edificios o propiedades sin permiso de su dueño?

7.2 NIÑO(A): Condiciones materiales de crianza

TODOS

PC30. En la casa de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿comparte la pieza con otro miembro de la familia?

1. Sí
2. No → *Pasa a PC33*

PC31. ¿Con cuántas personas comparte la pieza?

Registre el número de personas

PC32. ¿Con quiénes comparte la pieza?

☐ Marque todas las alternativas

1. Sí
2. No

- a) Madre, padre y/o cuidador principal
- b) Hermanos
- c) Otro familiar
- d) Otro no familiar

PC33. En la casa de NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿él(ella) comparte la cama con otras personas regularmente?

1. Sí
2. No

PC34. NIÑO(A) SELECCIONADO(A), ¿tiene en la casa:

☐ Marque todas las alternativas

1. Sí
2. No

- a) Juguetes que implican actividad muscular (pelota, paletas, etc...)?
- b) Juguetes para empujar o tirar (juguetes con cordel, carros, coches, etc...)?
- c) Juguetes con ruedas en los que se pueda subir (corre pasillo, triciclo, bicicleta, autito, skate, patines, etc...)?
- d) Juegos de disfraces, peluches, muñecas?
- e) Juguetes didácticos (juegos de encaje, bloques)?
- f) Juegos para armar (legos, puzles)?
- g) Algún instrumento musical?
- h) Discos o archivos digitales de música?
- i) Un lugar especial donde guardar sus juguetes y pertenencias?
- j) Un lugar donde puede hacer las tareas y estudiar?
- k) Libros, cuadernos y materiales necesarios para hacer las tareas y estudiar?
- l) Consola de video juegos?
- m) Tablet?
- n) Computador personal?

PC35. ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

1. Ninguno
2. De 1 a 9
3. Más de 10 libros

8. NIÑO(A) SELECCIONADO(A): Expectativas

TODOS

FA1. ¿Hasta qué nivel educacional piensa que llegará NIÑO(A) SELECCIONADO(A)?

 *Lea alternativas*

1. 8° año de Educación Básica
2. 4° año de Educación Media Técnico Profesional
3. 4° año de Educación Media Científico Humanista
4. Una carrera en un Instituto Profesional o Centro de Formación Técnica
5. Una carrera en la Universidad
6. Estudios de Postgrado
7. No tiene expectativas



FA2. ¿Qué trabajo Ud. piensa que realizará NIÑO(A) SELECCIONADO(A) cuando sea grande?

 *Respuesta espontánea*
