



## Todos

**e1.** Durante el año pasado, ¿asistía el menor a algún establecimiento educacional, jardín infantil, sala cuna u otro programa preescolar no convencional?

1. Si → *Pase a e7t*
2. No

N° Alternativa

## Todos los que no asistían de 7 a 14 años, e1=2

**e2.** Dado que no asistía a un establecimiento educacional ¿Qué piensa hacer el menor este año?

*No lea las alternativas*

1. Estudiar
2. Trabajar
3. Estudiar y trabajar
4. Quehaceres del Hogar
5. Cuidar a los niños o hermanos del hogar
6. Otras actividades
7. No sabe

N° Alternativa

## Sólo no asistían e1=2

**e3t.** ¿Cuál es el último tipo de estudio aprobado?

Tipo de estudios:

1. Educación Preescolar o Parvularia
2. Educación Básica
3. Escuela Especial (Diferencial)
4. Educación Media Científico-Humanista
5. Educación Media Técnica Profesional
6. Ninguno → *Pase a e4a*

N° Alternativa

**e3c.** ¿Cuál es el último curso aprobado?

\_\_\_\_\_

## Sólo entre 7 y 14 años que no asistían, e1=2

**e4a.** ¿Cuál es la principal razón por la cual no asistía a un establecimiento educacional?

1. No existía establecimiento cercano
2. Dificultad de acceso o movilización
3. Dificultad económica
4. Trabajaba o buscaba trabajo
5. Ayudaba en la casa o quehacer del hogar
6. Requiere establecimiento especial
7. Maternidad o paternidad
8. Embarazo
9. No le interesaba
10. Tiene una discapacidad
11. Enfermedad que lo inhabilitaba
12. Problemas familiares
13. Problemas de rendimiento
14. Expulsión o cancelación de matrícula
15. Otra razón. → *e4ae. Especifique*

N° Alternativa

# Módulo Educación

## Sólo entre 0 y 6 años que no asistían

**e4b.** ¿Cuál es la principal razón por la cual no asistía el año pasado a un jardín infantil, sala cuna, programa escolar no convencional o algún establecimiento educacional?

1. No era necesario porque lo(a) cuidaban en la casa
2. No veía utilidad de que asistiera a esa edad
3. Desconfiaba del cuidado que recibiría
4. Se enfermaría mucho
5. El horario no le acomodaba
6. No había matrícula (vacantes)
7. No existía establecimiento cercano
8. Dificultad de acceso o movilización
9. Dificultad económica
10. Tiene una discapacidad
11. Requiere establecimiento especial
12. No lo aceptaban
13. Otra Razón. → *e4be. Especifique* \_\_\_\_\_

N° Alternativa

## Todos los que no asistían, e1=2

**e5a.** ¿Quién cuida al menor durante el día?

1. Madre
2. Padre
3. Hermano/a mayor
4. Abuelo/a
5. Otro familiar
6. Persona de servicio doméstico
7. Vecino/a
8. Otro → *e5ae. Especifique* \_\_\_\_\_

Alternativas 1 y 2 → *pase a e5c*

Alternativas 3, 4, 5, 6, 7 y 8 → *pase a e5b*

9. Se queda solo en el hogar → *pase a e6*

N° Alternativa

**e5b.** Indique el Sexo de la persona que lo cuida

1. Hombre
2. Mujer

N° Alternativa

**e5c.** ¿Cuántas horas diarias y cuantos días a la semana es cuidado por esa persona?

Horas al día

Días a la semana

## Entre 0 y 6 años que no asistían

**e6.** Estaría Ud. dispuesto a enviar al menor para que lo cuiden a...  
*Respuesta Múltiple*

1. Una sala cuna o jardín infantil
2. Donde una vecina que cobra por este servicio
3. No estaría dispuesto a enviarlo a estos lugares

N° Alternativas

## Sólo los que asistían, e1=1

**e7t.** ¿Cuál es el tipo de estudios que realizaba durante el año pasado?

Tipo de estudios:

1. Educación Preescolar o Parvularia
2. Educación Básica
3. Escuela Especial (Diferencial)
4. Educación Media Científico-Humanista
5. Educación Media Técnica Profesional

N° Alternativa

**e7c.** ¿Cuál es el curso que realizaba durante el año pasado?

**e8a.** ¿Cuál es el nombre del establecimiento educacional, sala cuna, jardín infantil al cual asistía durante el año pasado?  
\_\_\_\_\_

**e8b.** ¿Cuál era la dirección?  
\_\_\_\_\_

**e8c.** ¿Cuál era la comuna?  
\_\_\_\_\_

## Sólo los que asistían, e3=1

**e9.** ¿Cuál era la dependencia administrativa del establecimiento?

1. Municipal
2. Particular Subvencionada
3. Corporación de Administración Delegada
4. Particular no subvencionado
5. JUNJI
6. INTEGRA
7. Jardín infantil o sala cuna del trabajo de la madre o del padre
8. Otro centro educativo con subvención del Estado
9. No sabe

N° Alternativa

**e10.** ¿A qué jornada asistía regularmente?

1. Mañana
2. Tarde
3. Jornada Completa (mañana y tarde)
4. Vespertina
5. Otra (horario variable, esporádico o flexible)

N° Alternativa

**e11a.** ¿Cuántas horas diarias asistía a este establecimiento?

Horas diarias

**e11b.** ¿En una semana normal, cuántos días a la semana asistía a este establecimiento?

Días a la semana

**e12a.** ¿Quién cuida al menor una vez finalizada la jornada escolar?

1. Madre
2. Padre
3. Hermano/a mayor
4. Abuelo/a
5. Otro familiar
6. Persona de servicio doméstico
7. Vecino/a
8. Otro → e12ae. Especifique

Alternativas 3, 4, 5, 6, 7 y 8 pase a → e12b

9. Se quedaba solo en el hogar
10. Lo llevaba a otro establecimiento educacional o permancía en el mismo (extensión de horario)

Alternativas 1, 2, 9 y 10 pase a → e13a

N° Alternativa

**e12b.** Indique el Sexo de la persona que lo cuidaba

1. Hombre
2. Mujer

N° Alternativa

**e13a.** ¿Quién cuida al menor cuando se enferma y no puede asistir establecimiento educacional o sala cuna o jardín infantil?

1. Madre
2. Padre
3. Hermano/a mayor
4. Abuelo/a
5. Otro familiar
6. Persona de servicio doméstico
7. Vecino/a
8. Otro → e13ae. Especifique

Alternativas 3, 4, 5, 6, 7 y 8 pase a → e13b

N° Alternativa

9. Se queda solo en el hogar

Alternativas 1, 2, y 9 pase al siguiente módulo

**e13b.** Indique el Sexo de la persona que lo cuida

1. Hombre
2. Mujer

N° Alternativa

# Módulo Empleo

## Sólo 5 años y más

	<p><b>o1a.</b> El menor, ¿realizó alguna de las siguientes actividades el mes pasado?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	<p><b>o1b.</b> ¿Cuántas horas a la semana se dedicó a estas actividades?</p>
1. Quehaceres domésticos en su hogar (lavar, planchar, limpiar, cocinar, arreglar cosas, cortar el pasto, etc...).		
2. Estar a cargo o atender a niños, ancianos o enfermos de su hogar.		
3. Sembrar, cuidar animales, cuidar huerto, cortar leña, etc para su hogar.		

## Sólo a los que trabajaron, 1 en o2a u o2b

**o4a.** ¿En qué consiste el trabajo que realizó? *Si realizó más de uno marcar sólo el más importante*

1. Quehaceres domésticos (lavar, planchar, limpiar, coser, cocinar, arreglar cosas, cortar el pasto)
2. Estar a cargo o atender a niños, ancianos o enfermos.
3. Tejer, coser, hacer artesanías, cerámica u otros productos artesanales para la venta.
4. Cultivar o cosechar productos agrícolas, ordeñar o cuidar ganado, aves u otros animales. Participar en actividades mineras o pesqueras.
5. Empaquetar en tiendas o supermercados, atender en restaurantes, pasar pelotas.
6. Trabajar en: la construcción, reparaciones o mantenimiento de casas, en parcelas o fundos, en otras actividades.
7. Trabajar o ayudar en su trabajo a padres, parientes u otros.
8. Trabajar en la calle (limpiar vidrios, hacer malabarismo, cuidar autos, vender en micros, etc.)
9. Pedir o conseguir plata.
10. Otro. → *o4e. Especifique*

N° Alternativa

**o5.** En ese mes, ¿cuántas horas trabajó en promedio a la semana?

Horas semanales

**o6.** ¿Qué tipo de jornada realizó?

1. Mañana
2. Tarde
3. Jornada completa (mañana y tarde)
4. Nocturna

N° Alternativa

**o7.** ¿A qué se dedica la empresa o establecimiento en el cual trabaja?

\_\_\_\_\_

**o8.** Ese trabajo era de tipo:

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

N° Alternativa

## Sólo 12 años y más

**o2a.** El menor, ¿trabajó el mes pasado?

1. Sí → *Pase o4a*
2. No, se insiste:

N° Alternativa

**o2b.**

- ¿Ni siquiera una hora?
- ¿Ni ayudando a un familiar?
- ¿Ni como aprendiz sin paga?
- ¿Ni vendiendo algún producto?

1. Sí → *Pasar a o4a*
2. No

N° Alternativa

## Sólo a los que no trabajaron, o2b=2

**o3.** ¿Ha trabajado alguna vez el menor?

1. Sí
2. No

→ *Pase a Módulo Otros Ingresos (y2a)*

N° Alternativa

## Módulo Empleo

Sólo a los que trabajaron, 1 en o2a u o2b

**o9a.** El mes pasado, ¿Recibió ingresos por el trabajo que realizó?

1. Sí  
2. No → *Pase a módulo siguiente (y2a)* N° Alternativa

**o9b.** ¿Qué monto recibió el mes pasado por su trabajo? (si recibió especies, valorícelas en pesos) \$ \_\_\_\_\_  
(Si no sabe registre 9999)

**o9c.** ¿A cuántos días y horas mensuales de trabajo correspondió ese ingreso?

**o9cd.** Días al mes  **o9ch.** Horas al mes

## Módulo Otros Ingresos

A todos

**y2a.** El mes pasado, ¿recibió el menor ingresos por Pensión de alimentos?

1. Sí  
2. No → *Pase a y3a* N° Alternativa

**y2b.** Indique el monto en pesos \$ \_\_\_\_\_

**y3a.** El mes pasado, ¿recibió ingresos por Pensión de orfandad?

1. Sí  
2. No → *Pase a y4a* N° Alternativa

**y3b.** Indique el monto en pesos \$ \_\_\_\_\_

**y3c.** ¿Qué institución le pagaba esa pensión?

1. AFP, Administradora de Fondos de Pensiones  
2. INP, Instituto de Normalización Previsional  
3. Cajas de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA o DIPRECA)  
4. Mutual de Seguridad  
5. Compañía de Seguros  
6. Otra institución. N° Alternativa

**y4a.** El mes pasado, ¿recibió el menor dinero aportado por familiares ajenos al hogar residentes en el país?

1. Sí  
2. No → *Pase a y5a* N° Alternativa

**y4b.** Indique monto en pesos \$ \_\_\_\_\_

**y5a.** El mes pasado, ¿recibió el menor dinero aportado por familiares ajenos al hogar residentes fuera del país?

1. Sí  
2. No → *Pase a y6a* N° Alternativa

**y5b.** Indique monto en pesos \$ \_\_\_\_\_

A todos

**y6a.** ¿Entre Diciembre de 2007 y Noviembre de 2008, ¿recibió el menor ingresos por donaciones de instituciones o personas ajenas al hogar?

1. Sí  
2. No → *Pase a y7* N° Alternativa

**y6b.** Indique el monto en pesos \$ \_\_\_\_\_

**y7.** El mes pasado, ¿recibió el Subsidio para Personas con Discapacidad Mental (\$48.000)?

1. Sí  
2. No N° Alternativa

Mujeres de 12 años y más

**y8.** El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

1. SUF a la mujer embarazada (\$57.650 = 10 meses)  
2. SUF a la madre (\$5.765)  
3. No recibió N° Alternativa

A todos

**y9.** El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?

1. SUF al menor o recién nacido (\$ 5.765)  
2. SUF DUPLO por deficiencia mental (\$ 11.530)  
3. SUF DUPLO por invalidez (\$ 11.530)  
4. No recibió N° Alternativa

## A todos

**s1.** ¿A qué sistema previsional de salud pertenece el menor ?

1. Sistema Público grupo A
2. Sistema Público grupo B
3. Sistema Público grupo C
4. Sistema Público grupo D
5. Sistema Público No sabe grupo
6. F.F.A.A. y del orden
7. ISAPRE
8. Ninguno (particular)
9. Otro Sistema.
10. No sabe

N° Alternativa

## Menor de 5 años

**s2.** ¿Participa en el programa de Protección de la Infancia Chile Crece Contigo?

1. Sí
2. No

N° Alternativa

## Menor de 6 años

**s3.** Durante el año 2008 ¿se realizó el control del Niño Sano?

1. Sí → *Pasea s5a*
2. No

N° Alternativa

**s4.** ¿Por qué razón no se realizó el control del Niño Sano?

1. Por olvido
2. Por falta de tiempo de quien lo tiene que llevar
3. Por lejanía del consultorio
4. Otra causa. → *s4e. Especifique*

N° Alternativa

## A todos

	<b>s5a.</b> ¿Tiene el menor alguna de las siguientes condiciones de larga duración? 1. Sí 2. No	<b>s5b.</b> ¿El origen de esta condición es?: 1. De nacimiento 2. Por enfermedad 3. Por accidente 4. Otra.
1. Ceguera o dificultad visual aún usando lentes		
2. Sordera o dificultad auditiva aún usando audífonos		
3. Mudez o dificultad en el habla		
4. Dificultad física y/o movilidad		
5. Dificultad mental o intelectual		
6. Dificultad psíquica o psiquiátrica		

