

III. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

Nombres y Apellidos del (a) Encuestador(a)		FECHA	RESULTADO DEL FORMULARIO
Nombres y Apellidos del (a) Supervisor (a)		/ /2016	

Código de Resultado: Completa....1 Incompleta...2 Rechazo.....3 Ausente.....4 V. Desocupada....5 Local..... 6 Otro.....7

100. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DE LA VIVIENDA	CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR	
101. TIPO DE VIVIENDA: (Circule solo un Código)	103. LA VIVIENDA QUE OCUPA SU HOGAR ES: (Lee cada alternativa y circule solo un código)	105. EL SERVICIO HIGIENICO QUE TIENE SU HOGAR ESTA CONECTADO A: (Lee cada alternativa y circule solo un código)
¿Casa Independiente?.....1	¿Alquilada?.....1	¿Red Pública de desagüe, dentro de la Vivienda.....1
¿Departamento en Edificio?.....2	¿Propia, totalmente pagada?.....2	¿Red Pública de desagüe, fuera de la vivienda pero dentro del edificio?.....2
¿Vivienda en Quinta?.....3	¿Propia por Invasión?.....3	¿Pozo Séptico o Negro/ Letrina?.....3
¿Vivienda en Casa de Vecindad (Callejón, Solar o Corralón)?.....4	¿Propia, comprándola a plazos?.....4	¿Río, Acequia o Canal?.....4
¿Choza o Cabaña?.....5	¿Cedida por el Centro de Trabajo?.....5	¿Otra Forma?.....5
¿Vivienda Improvisada?.....6	¿Cedida por otro Hogar o Institución?.....6	NO TIENE.....6
¿Local no destinado para Habitación Humana?.....7	¿OTRO?.....7 (Especifique)	
¿OTRO?.....8 (Especifique)		
102. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES: (Lee cada alternativa y circule solo un código)	104. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU HOGAR PROCEDE DE: (Lee cada alternativa y circule solo un código)	106. CUAL ES EL TIPO DE ALUMBRADO CON QUE CUENTA SU HOGAR (Lee cada alternativa y circule solo un código)
¿Ladrillo o Bloque de cemento?.....1	¿Red Pública, dentro de la vivienda (Agua Potable)?.....1	¿Electricidad Definitiva?.....1
¿Piedra o Sillar con Cal o Cemento?.....2	¿Red Pública, fuera de la vivienda pero dentro del edificio (Agua Potable)?.....2	¿Electricidad Provisional?.....2
¿Adobe o Tapia?.....3	¿Pilón de Uso Público?.....3	¿Kerosene (Mechero/Lamparín)?.....3
¿Quincha (Caña con Barro)?.....4	¿Camión-Cisterna u otro similar?.....4	¿Petróleo/Gas (lámpara)?.....4
¿Piedra con Barro?.....5	¿Pozo?.....5	¿Vela?.....5
¿Madera (pona, tomillo, etc.)?.....6	¿Río, Acequia, Manantial o Similar?.....6	¿Generador?.....6
¿Estera?.....7	¿OTRO?.....7 (Especifique)	¿OTRO?.....7 (Especifique)
¿OTRO?.....8 (Especifique)		NO UTILIZA.....8

PERSONA		200. LIMITACIONES DE LA PERSONA																										
201. TIPO DE LIMITACIÓN ¿Tiene Limitación de forma Permanente? (Lee cada alternativa y acepte uno o más códigos) ¿Para moverse o caminar, para usar brazos o piernas?.....1 ¿Para ver, aún usando anteojos?2 ¿Para hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?.....3 ¿Para oír, aun usando audífonos?.....4 ¿Para atender o aprender (concentrarse y recordar)?.....5 ¿Para relacionarse con los demás por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?.....6		202. TIEMPO DE LA LIMITACIÓN AÑOS MESES _____ _____ _____ _____ _____ _____		302. ¿QUÉ UTILIZA PARA DESPLAZARSE? (Acepte uno o más Códigos) Bastón Simple.....1 Bastón Canadiense.....2 Silla de Ruedas Clínica.....3 Silla de Ruedas Neurológicas.....4 Andador.....5 Muletas.....6 Soporte(en piernas).....7 Prótesis de Brazos o Piernas.....8 Férula en Brazos o Piernas.....9 Bastón Guía.....10 Otro.....11		402. ¿El Seguro de Salud al cual está afiliado Ud. Actualmente es?: (Acepte uno o más códigos) ESSALUD (ex IPSS).....1 SEGURO PRIVADO DE SALUD.....2 ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.....3 SEGURO DE LAS FF.AA Y POLICIALES.....4 SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)5 OTRO.....6																						
203. ORIGEN DE LA LIMITACIÓN (Acepte uno o más códigos) Genético/Congénito/De Nacimiento.....1 Enfermedad Común.....2 Enfermedad Crónica.....3 Accidente Común En El Hogar.....4 Accidente Común Fuera Del Hogar.....5 Accidente De Tránsito.....6 Accidente Laboral.....7 Edad Avanzada.....8 Otro.....9 No Conoce El Origen.....10		CÓDIGO DE LIMITACIÓN EN: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		CÓDIGO DE LIMITACIÓN EN: FÍSICA.....1 VISUAL.....2 VOZ Y HABLA.....3 AUDITIVA.....4 INTELECTO.....5 CONDUCTA.....6		303. ¿QUÉ UTILIZA PARA COMUNICARSE? (Acepte uno o más Códigos) Sistema Braille, Regleta y Punzón.....1 Sistema de Computación (Software JAWS).....2 Audífonos.....3 Otro.....4 304. ¿Cuál es el (la) apoyo Adecuado y Suficiente para sus necesidades? SI.....1 → PASE A 401 NO.....2		403. ¿Padece de alguna enfermedad crónica que limite sus actividades? SI.....1 NO.....2 ↓ PASE A 501																				
204. DEPENDENCIA Esta(s) Limitación(es) le hace(n) depender de alguna persona SI.....1 NO.....2		305. ¿Cuál sería el apoyo adecuado para sus necesidades? _____ NO SABE.....1		404. DE FORMA PERMANENTE UD. TIENE: (Lee cada alternativa y circule el código 1 o 2, según corresponda)		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Taquicardia, hipertensión Arterial</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Anemia Severa, Hemofilia</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Asma, enfisema Pulmonar</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Diabetes, Obesidad</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. Problemas Digestivos</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6. Problemas de la Piel</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	1. Taquicardia, hipertensión Arterial	1	2	2. Anemia Severa, Hemofilia	1	2	3. Asma, enfisema Pulmonar	1	2	4. Diabetes, Obesidad	1	2	5. Problemas Digestivos	1	2	6. Problemas de la Piel	1	2
	SI	NO																										
1. Taquicardia, hipertensión Arterial	1	2																										
2. Anemia Severa, Hemofilia	1	2																										
3. Asma, enfisema Pulmonar	1	2																										
4. Diabetes, Obesidad	1	2																										
5. Problemas Digestivos	1	2																										
6. Problemas de la Piel	1	2																										
300. AYUDA BIOMECÁNICA U OTRO DISPOSITIVO DE ASISTENCIA																												
301. ¿Utiliza algún apoyo para desplazarse o comunicarse? SI UTILIZA.....1 NO UTILIZA.....2 → PASE A 305 NO NECESITA.....3 → PASE A 401		400. SALUD 401. ¿Actualmente está Ud. Afiliado a algún Seguro de Salud? SI.....1 NO.....2 → PASE A 403																										

500. TRATAMIENTO DE TERAPIAS Y/O REHABILITACIÓN

501. POR LA (S) LIMITACIÓN(ES) QUE UD. TIENE RECIBE:

1. TERAPIA FÍSICA
2. TERAPIA OCUPACIONAL
3. TERAPIA DE LENGUAJE
4. TERAPIA PSICOLOGICA
5. TRATAMIENTO PSIQUIATRICO
6. TRATAMIENTO ONCOLOGICO
7. OTRO _____

SI	NO	NO NECESITA
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

600. CERTIFICACIÓN Y REGISTRO

601. USTED TIENE ALGUN DOCUMENTO QUE ACREDITE SU LIMITACIÓN COMO:

(Lee cada alternativa y circule el código 1 o 2, según corresponda)

- | | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. Informe Médico que describa su diagnóstico | 1 | 2 |
| 2. Certificado por Discapacidad | 1 | 2 |

ENCUESTADOR(A): Si todas las respuestas tienen circulado el código 2, pase a la pregunta 605.

602. Registro Ud. Su limitación en el Documento Nacional de Identidad (DNI)

SI.....1 NO.....2

603. Se encuentra Ud. Registrado(a) en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS)

SI.....1
NO.....2
NO SABE....3

604. Se encuentra Ud. Registrado en la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED)

SI.....1 NO.....2

605. PERTENECE UD. A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES O AGRUPACIONES:

(Acepte uno o más códigos)

- Agrupación de Personas con Discapacidad..1
- Club o Asociación Deportiva.....2
- Junta Vecinal.....3
- Asociación de Jóvenes.....4
- Asociación de Estudiantes.....5
- Asociación de Comerciantes.....6
- Asociación Agropecuaria.....7
- Junta de Regantes.....8
- Ronda Campesina.....9
- Comunidad Religiosa.....10
- Agrupación Política.....11
- Otra.....12
- No Pertenece a ninguna.....13

700. EMPLEO(PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

701. ¿Cuál es su situación laboral actual?

(Circule solo un Código)

- SI TRABAJA.....1
- NO TRABAJA.....2
- JUBILADO O PENSIONISTA....3
- NO ESTA EN CONDICIONES...4
- DE TRABAJAR POR SUS LIMITACIONES

PASE A 703

PASE A 801

702. Ud. Se desempeña en su Ocupación Principal o Negocio como:

- Empleador o Patrono.....1
- Trabajador Independiente.....2
- Empleado.....3
- Obrero.....4
- Trabajador Familiar No Remunerado.....5
- Trabajador del Hogar.....6
- Otro.....7

703¿Cuál es el motivo por el que no trabaja?

- Se cansó de buscar.....1
- Por su edad.....2
- Falta de experiencia.....3
- Sus estudios no lo permiten.....4
- Los quehaceres del hogar no le permiten...5
- Razones de salud.....6
- Falta de capital.....7

800. OPINIÓN

801. Las acciones que la Gestión Municipal ha tomado en favor de las personas con discapacidad, le parece:

- EXCELENTE.....1
- BUENO.....2
- REGULAR.....3
- MALO.....4
- DESCONOCE.....5

900. BENEFICIARIO DE ALGUN PROGRAMA SOCIAL

901. ¿De qué Programa Social es beneficiario Ud.?

- VASO DE LECHE.....1
- COMEDOR POPULAR.....2
- DESAYUNO O ALMUERZO.....3
- JUNTOS.....4
- TECHO PROPIO.....5
- PENSION 65.....6
- NINGUNO7
- ¿OTRO?.....8

(Especifique)

OBSERVACIONES:
