

ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 2010

CONFIDENCIAL

EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, NECESITAMOS HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS.

¿ME PERMITE FINALIZAR LA ENTREVISTA CON ESTE APARTADO?

SECCIÓN II. ACCESO A LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

SERVICIOS MÉDICOS	SERVICIOS MÉDICOS	ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD
<p>1. Actualmente, ¿(NOMBRE) se encuentra inscrito al Seguro Popular?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/></p>	<p>5. Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>Centros de salud (Secretaría de Salud)..... <input type="text" value="01"/></p> <p>Hospital o instituto (Secretaría de Salud)..... <input type="text" value="02"/></p> <p>Seguro Social o IMSS..... <input type="text" value="03"/></p> <p>IMSS - Oportunidades..... <input type="text" value="04"/></p> <p>ISSSTE..... <input type="text" value="05"/></p> <p>ISSSTE estatal..... <input type="text" value="06"/></p> <p>Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI, GDF)..... <input type="text" value="07"/></p> <p>Consultorio y hospitales privados..... <input type="text" value="08"/></p> <p>Consultorio de farmacias..... <input type="text" value="09"/></p> <p>Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etc..... <input type="text" value="10"/></p> <p>Se automedica..... <input type="text" value="11"/></p> <p>Otro. (Especifique):..... <input type="text" value="12"/></p> <p><input type="text" value=""/></p> <p>No sabe..... <input type="text" value="13"/></p>	<p>8. En todos estos casos, ¿recibió (NOMBRE) atención médica?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/> → <i>Pase a ENTREVISTADOR</i></p> <p>NO <input type="text" value="2"/></p>
<p>2. ¿(NOMBRE) está inscrito para recibir atención médica por parte de alguna institución?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/> → <i>Pase a 5</i></p>	<p>6. En los últimos doce meses ¿algún médico o enfermera ha pesado o medido a (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/></p>	<p style="text-align: center;">MOTIVO DE NO ATENCIÓN</p> <p>9. (NOMBRE) no se atendió ¿porque...</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>no hay dónde atenderse?..... <input type="text" value="01"/></p> <p>es caro?..... <input type="text" value="02"/></p> <p>no tenía dinero?..... <input type="text" value="03"/></p> <p>la unidad médica, clínica u hospital queda lejos?..... <input type="text" value="04"/></p> <p>no lo(a) atienden aunque vaya a la unidad médica?..... <input type="text" value="05"/></p> <p>no le tiene confianza?..... <input type="text" value="06"/></p> <p>lo(a) tratan mal donde se atiende?..... <input type="text" value="07"/></p> <p>no hablan la misma lengua que usted?..... <input type="text" value="08"/></p> <p>no quiso o no era necesario?..... <input type="text" value="09"/></p> <p>hay que esperar mucho para ser atendido(a)?..... <input type="text" value="10"/></p> <p>no le dan el medicamento que necesita?..... <input type="text" value="11"/></p> <p>no tuvo tiempo?..... <input type="text" value="12"/></p> <p>la unidad médica no estaba abierta?..... <input type="text" value="13"/></p> <p>le dieron una cita hasta mucho tiempo después?..... <input type="text" value="14"/></p> <p>no hubo quien lo llevara?..... <input type="text" value="15"/></p> <p>no había médico en la unidad?..... <input type="text" value="16"/></p> <p>se lo impidió un integrante de su casa?..... <input type="text" value="17"/></p> <p>se auto medicó o auto recetó?..... <input type="text" value="18"/></p> <p>Otro motivo. (Especifique):..... <input type="text" value="19"/></p> <p><input type="text" value=""/></p> <p>No sabe..... <input type="text" value="20"/></p>
<p>3. ¿(NOMBRE) en qué institución está inscrito?</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>IMSS..... <input type="text" value="1"/></p> <p>ISSSTE..... <input type="text" value="2"/></p> <p>ISSSTE estatal..... <input type="text" value="3"/></p> <p>PEMEX, Defensa o Marina..... <input type="text" value="4"/></p> <p>Otro (Especifique):..... <input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value=""/></p>	<p style="text-align: center;">CONTROL DE PESO Y TALLA</p>	
<p>4. ¿(NOMBRE) está inscrito por...</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <p>algún familiar en el hogar?..... <input type="text" value="3"/></p> <p>muerte del asegurado?..... <input type="text" value="4"/></p> <p>algún familiar de otro hogar?..... <input type="text" value="7"/></p> <p>No sabe..... <input type="text" value="8"/></p>	<p style="text-align: center;">ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD</p> <p>7. En los últimos doce meses, ¿sufrió (NOMBRE) de algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas?</p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce</i></p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/> → <i>Pase a ENTREVISTADOR</i></p>	

¿QUIÉN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

NOMBRE _____ N.R.

¿EN QUÉ DÍA(S) SE CAPTÓ LA INFORMACIÓN?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

FIRMA DEL SUPERVISOR