

VI. DATOS DE LA VIVIENDA			
601	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 111. ¿Es el hogar No. 1?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → VII
602	Tipo de vivienda:	Casa	1 <input type="checkbox"/>
		Apartamento	2 <input type="checkbox"/>
		Cuarto(s) en inquilinato	3 <input type="checkbox"/>
		Cuarto(s) en otro tipo de estructura	4 <input type="checkbox"/>
		Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, refugio natural, puente, etc.)	5 <input type="checkbox"/>
603	Material predominante en las paredes exteriores:	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	1 <input type="checkbox"/>
		Material prefabricado	2 <input type="checkbox"/>
		Tapia pisada, adobe	3 <input type="checkbox"/>
		Bahareque revocado	4 <input type="checkbox"/>
		Bahareque sin revocar	5 <input type="checkbox"/>
		Madera burda, tabla, tablón	6 <input type="checkbox"/>
		Guadua, caña, esterilla, otro vegetal	7 <input type="checkbox"/>
		Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico	8 <input type="checkbox"/>
		Sin paredes	9 <input type="checkbox"/>
604	Material predominante de los pisos:	Mármol, parqué, madera pulida y lacada	1 <input type="checkbox"/>
		Alfombra o tapete de pared a pared	2 <input type="checkbox"/>
		Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida	3 <input type="checkbox"/>
		Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal	4 <input type="checkbox"/>
		Cemento, gravilla	5 <input type="checkbox"/>
		Tierra, arena	6 <input type="checkbox"/>
605	¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales, cuenta la vivienda?	a. Energía eléctrica	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuál es el Estrato para tarifa? ___
		b. Gas natural conectado	
		a red pública.	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		c. Acueducto	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		d. Alcantarillado	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		e. Recolección de basuras	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántas Veces por semana? ___ NS3 <input type="checkbox"/>
605.b	Revise 103 ¿marco la opción 3?	No	Sí
		2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → pase a 607
606	¿De cuáles de los siguientes espacios dispone esta vivienda?	a. Jardín o patio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		b. Lote o solar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		c. Garaje o sitio de parqueo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		d. Azotea o terraza	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		e. Zonas verdes o zonas de propiedad común	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

707	¿El servicio sanitario es de uso exclusivo de las personas del hogar o compartido con personas de otros hogares?	De uso exclusivo de las personas del hogar Compartido con personas de otros hogares	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
708	¿Dónde se encuentra el sanitario que usan las personas del hogar?	Dentro de la unidad de vivienda Dentro del lote pero fuera de la vivienda Fuera del lote de la vivienda	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
709	¿Este hogar tiene servicio de ducha o regadera?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
710	¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?	Gas natural conectado a red pública Gas en cilindro o pipeta Kerosene, petróleo, cocinol, ACPM, gasolina, alcohol Electricidad Leña, madera, carbón de leña Carbón mineral Material de desecho No cocinan	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"/>
711	¿Qué tipo de alumbrado utilizan principalmente?	Eléctrico (bombillos) Kerosene, petróleo, gasolina, ACPM Vela Solar, bioenergía, otros	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
714	¿Principalmente cómo eliminan la basura de este hogar?	La recogen los servicios de aseo La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.) La entierran La tiran al río, caño, quebrada o laguna La tiran al patio, lote, zanja o baldío La queman	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
715	Tiene su hogar en funcionamiento :	b. Radio: c. Televisión a color: d. Nevera: e. ¿Tienen Licuadora en funcionamiento? f. Equipo de sonido: g. Lavadora: h. DVD: i. Computador: j. ¿Tienen Internet en funcionamiento? k. Televisión por cable: l. Horno eléctrico/gas: m. Horno microondas: n. Aspiradora/brilladora: o. Calentador eléct./gas/ducha eléct.: p. Aire acondicionado/calent. ambiente: q. ¿Tienen VHS/betamax en funcionamiento? r. Moto: s. Carro: t. Ventilador: u. Televisión a blanco y negro	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

VIII. PERSONAS DEL HOGAR

801	801 .A	802	803	804	805	807	809
No. de orden	¿Quié n respon de este modulo?	Nombres	Apellidos	¿Cuál es la edad en años cumplidos de _____? ENTREVISTADOR@: Si menos de un año registre 0	¿Cuál es el Parentesco de _____ con el jefe del hogar? 1 = Jefe del hogar 2 = Cónyuge/ Compañer@ 3 = Hij@ 4 = Nuera/Yerno 5 = Niet@ 6 = Padre/Madre 7 = Suegr@ 8 = Herman@ 9 = Cuñad@ 10 = Hij@ no biológico@ 11 = Otro familiar 12 = No pariente 13 = Empleada doméstica	Sexo 1 = Hombre 2 = Mujer	¿Cuál es el estado civil actual de _____? 1 = Casad@ 2 = Unid@ 3 = Separad@ 4 = Viud@ 5 = Solter@ ENTREVISTADOR@: Pregunte solo a mayores de 10 años; para menores marque 5
1	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>			____	____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

VIII. PERSONAS DEL HOGAR											
801	810	811		812	813	814	815	815.a	815.b	815.c	815.d
No. de orden	¿A cual entidad de salud esta afiliado _____? 1 = Seguro Social → 812 2 = Fuerzas Militares, Policía Nacional → 812 3 = ECOPELROL → 812 4 = Magisterio → 812 5 = Entidad promotora de salud (EPS) o adaptada, diferente al ISS 6 = Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) 7 = Otra entidad 8 = Carta de desplazado o desmovilizado → 813 9 = Ninguna → 813 10 = no sabe → 812	¿Cuál es el nombre de esa entidad?		_____ está cubierto por una entidad de seguridad social en salud porque: 1 = Le descuentan del salario o de la pensión 2 = Paga por su cuenta o directamente la afiliación 3 = Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja 4 = Es familiar de un empleado, de un pensionado, de un trabajador independiente o de otro cotizante 5 = Lo afiliaron a través del SISBEN 6 = Pertenece a resguardo indígena 7 = Otro 8 = No sabe	¿Cuáles de los siguientes planes o seguros de salud tiene _____? a = Póliza de hospitalización y cirugía b = Contrato de medicina prepagada c = Contrato de plan complementario de salud con una EPS d = Otro (seguro estudiantil, Ambulancia, etc.) e = Ninguno f = No sabe (Puede marcar varias)	- ENTREVISTADO R@: revise 810 ¿Registró 6 (ARS)? 1 = Sí 2 = No → 815.a	¿Tiene _____ un subsidio de salud parcial o completo en la ARS de la que es beneficiario? 1 = Subsidio parcial 2 = Subsidio completo 3 = No sabe	¿En el PASADO MES DE _____ recibió _____ algún DINERO como pago, regalo, arriendo, pensión, renta o aporte de alguna persona o institución fuera del hogar? 1 = Sí 2 = No → 815.c	¿Cuánto recibió?	¿En el PASADO ME DE _____ recibió _____ algún pago, regalo o donación en ESPECIE por parte de alguna persona o institución fuera del hogar? 1 = Sí 2 = No → 815.e	¿En cuánto estima aproximadamente el valor de lo recibido?
		Entidad	NS								
1	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
2	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
3	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
4	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
5	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
6	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
7	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
8	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
9	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
10	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
11	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
12	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
13	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
14	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
15	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
16	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
17	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
18	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
19	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	
20	_____	8	_____	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	a□ b□ c□ d□ e□ f□	1□ 2□	1□ 2□ 3□	1□ 2□		1□ 2□ ↓	

815.e	¿Consumió este hogar en el PASADO MES DE _____ alimentos producidos en parcela o tierra del hogar?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 816
815.f	Si hubieran tenido que comprar esos alimentos ¿Cuánto aproximadamente habrían tenido que pagar?		\$ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _
816	¿A su hogar le han hecho la encuesta del SISBEN?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 818
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 818
817	¿En qué nivel lo clasificaron?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
		No sabe	7 <input type="checkbox"/>
818	Desde ENERO DE 2003, ¿Usted ha vivido permanentemente en este mismo sitio?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → 901
		No	2 <input type="checkbox"/>
819	¿En qué mes y año se vino a vivir a este sitio, es decir a esta dirección?	_N_ _S_ / _ _ _ _ _ _ _ _	mes año
		No responde	<input type="checkbox"/>
820	¿Dónde vivía usted antes de venir a vivir a este sitio? (lea opciones)	Mismo municipio misma zona	1 <input type="checkbox"/>
		Mismo municipio distinta zona (urbano /rural)	2 <input type="checkbox"/>
		Otro municipio de este departamento	3 <input type="checkbox"/>
		Otro departamento	4 <input type="checkbox"/>
		Otro país	5 <input type="checkbox"/>
		No responde	6 <input type="checkbox"/>
821	¿Cuál fue la principal razón por la que salió usted del último lugar donde vivió? (espere respuesta)	Acciones de fuerzas armadas del estado y/o grupos armados o ilegales	1 <input type="checkbox"/>
		Por mejorar condiciones de seguridad en cuanto a delincuencia común	2 <input type="checkbox"/>
		Por desastre natural	3 <input type="checkbox"/>
		Por mejorar condiciones de vivienda	4 <input type="checkbox"/>
		Fumigaciones a los cultivos	5 <input type="checkbox"/>
		Por mejores oportunidades de trabajo	6 <input type="checkbox"/>
		Por mejores servicios educativos	7 <input type="checkbox"/>
		Por mejor infraestructura y/o servicios en salud	8 <input type="checkbox"/>
		Por salud de algún miembro del hogar	9 <input type="checkbox"/>
		Por asuntos familiares o personales	10 <input type="checkbox"/>
822	¿Cuántas personas de este hogar, incluyéndose usted, llegaron a esta dirección?	_ _ _	No responde 2 <input type="checkbox"/> → 824
		Entrevistador@ si la respuesta es uno pase a 824	
823	¿Cuáles personas de su hogar se movilizaron con usted? (escriba el número de orden de las personas. Incluyendo al informante)	Todas las registradas en 801	1 <input type="checkbox"/>
		_ _ _	_ _ _
		_ _ _	_ _ _
		_ _ _	_ _ _

824	Desde ENERO DEL 2003, ¿cuántas veces se ha cambiado de residencia?		_ _ _
825	¿Alguno de los cambios de residencia mencionados, fue originado porque sintió amenazada su vida o la de alguien de su hogar por grupos armados?	Sí No No responde	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

IX. CAPITAL SOCIAL			
GRUPOS Y REDES			
		Si	No
901	¿En cuales de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes?		
	a. Grupos religiosos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	b. Grupos deportivos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	c. Grupos políticos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	d. Grupos culturales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	e. Grupos comunitarios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	f. Grupos para diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	g. Grupos ecológicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	h. Grupos Gremiales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
902	Ahora quiero que indique, ¿cuánto dinero en total gasta usted en una semana?.		\$ _ _ _ _ _ . _ _ _ _ _
		Entrevistador@ si la respuesta es cero pase a 903	
902.a	Diferente a los miembros de su hogar o sus parientes cercanos ¿Existe alguna persona que le prestaría esa cantidad de dinero, si lo necesitara?	Sí No NS	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

CONFIANZA Y SOLIDARIDAD			
903	En general, ¿está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones? a. La mayoría de las personas de esta cuadra/vereda está dispuesta a ayudar cuando alguno de los vecinos tiene una emergencia: (Lea opciones) De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	b. En los vecinos de esta cuadra/ vereda, se puede confiar (Lea opciones) De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo
904	Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la cuadra/ vereda, ¿contribuiría con?	a. Tiempo b. Dinero c. En especie	Si 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
ACCIÓN COLECTIVA Y COOPERACIÓN			
905	En el ÚLTIMO AÑO CONTADO HASTA HOY, ¿usted o alguien de su hogar participó en alguna actividad en beneficio de las personas de la cuadra (vereda)?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 907
906	¿Cuántas veces en EL ÚLTIMO AÑO?		_ _ _

907	Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta cuadra (vereda), ¿qué probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolverlo? <i>(Lea opciones)</i>	Muchas Ni muchas ni pocas Pocas Ninguna	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN			
910	¿Cuáles son las tres fuentes de información que más utiliza para enterarse de lo que está sucediendo diariamente en el país? <i>(Espere la respuesta y marque hasta 3 opciones)</i>	a Parientes, amigos y vecinos b Informativo de la comunidad c Periódico local o de la comunidad d Periódico nacional e Radio f Televisión g Grupos o asociaciones h Socios de trabajo o negocios i Líderes de la comunidad j Un funcionario del gobierno k Las ONG l Internet	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

El ...:	1004. Nombre/señal	1005. ¿Alguna vez ha vacunado a _____ contra la rabia?	1006. ¿Cuándo vacunaron por última vez a _____?	1007. ¿Cuál es la principal razón para no haber vacunado o vuelto a vacunar a _____? 1 = No sabe 2 = No cree que la necesite 3 = No tiene recursos para pagar la vacuna 4 = No sabe dónde aplican la vacuna 5 = El lugar donde aplican las vacunas es muy lejos 6 = Los horarios de atención no le sirven 7 = Cuando ha ido a vacunar los animales no hay vacuna 8 = No ha sacado el tiempo para vacunarlo 9 = Está esperando a que hagan una campaña 10 = No tiene la edad 11 = Demoran mucho la atención después que llega a la institución 12 = Descuido 13 = Le dio miedo o nervios 14 = Mala atención 15 = No confía en quienes vacunan o no cree que lo puedan ayudar 16 = No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 17 = No le gusta ir 18 = No sabía que tenía derecho 19 = No tenía donde acudir
Perro	_____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1007 No sabe 3 <input type="checkbox"/> → Gato	Un año o Menos 1 <input type="checkbox"/> ↓ Mas de un año 2 <input type="checkbox"/> → 1007 No sabe 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/>
Gato	_____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1007 No sabe 3 <input type="checkbox"/> → XI	Un año o Menos 1 <input type="checkbox"/> ↓ Mas de un año 2 <input type="checkbox"/> → 1007 No sabe 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/>

XI. CONOCIMIENTO Y CONTROL DEL DENGUE		
1101	← ENTREVISTADOR(A) Según la carpeta de muestreo ¿En éste municipio se transmite el dengue?	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/> → XII
1102	¿Ha oído usted de una enfermedad llamada dengue?	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/> → XII
1103	¿Cuáles síntomas o signos le pueden hacer pensar a usted que tiene dengue? <i>(Espere respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a Fiebre y/o escalofríos 1 <input type="checkbox"/>
		b Dolor de cabeza, especialmente detrás de los ojos 1 <input type="checkbox"/>
		c Dolores de los músculos o las articulaciones 1 <input type="checkbox"/>
		d Signos de hemorragia como sangrado de encías, de nariz, pecas rojas en la piel o morados 1 <input type="checkbox"/>
		e Náuseas y/o vómito 1 <input type="checkbox"/>
		f Congestión nasal y/o tos 1 <input type="checkbox"/>
		g Decaimiento o desgano general 1 <input type="checkbox"/>
		h Aspecto enfermizo 1 <input type="checkbox"/>
		i Sudoración 1 <input type="checkbox"/>
		j Dolor en abdomen 1 <input type="checkbox"/>
		k Si se desmaya, convulsiona o está somnoliento 1 <input type="checkbox"/>
		No sabe 2 <input type="checkbox"/>
		1104
Por compartir alimentos 2 <input type="checkbox"/>		
Por contacto con alguien enfermo 3 <input type="checkbox"/>		
Por compartir los artículos de limpieza 4 <input type="checkbox"/>		
Por consumir agua contaminada 5 <input type="checkbox"/>		
Por la suciedad 6 <input type="checkbox"/>		
Por transfusión 7 <input type="checkbox"/>		
No sabe 8 <input type="checkbox"/>		
1105	¿Qué pueden hacer las personas en el hogar para evitar el dengue?. <i>(Espere la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a Lavar las albercas o tanques periódicamente 1 <input type="checkbox"/>
		b Eliminar todos los recipientes inservibles del patio jardín o terraza, que puedan recoger agua 1 <input type="checkbox"/>
		c Tapar los tanques para almacenamiento de agua 1 <input type="checkbox"/>
		d Usar toldillos impregnados con insecticida 1 <input type="checkbox"/>
		e Usar repelentes contra insectos 1 <input type="checkbox"/>
		f Usar insecticidas para fumigar la casa 1 <input type="checkbox"/>
		g Evitar aguas estancadas 1 <input type="checkbox"/>
		h Usar toldillos 1 <input type="checkbox"/>
		i Usar Angeo o malla en puertas y ventanas 1 <input type="checkbox"/>
		j Evitar malezas 1 <input type="checkbox"/>
		k Evitar compartir alimentos 1 <input type="checkbox"/>
		l Evitar contacto con enfermos 1 <input type="checkbox"/>
		m Evitar compartir artículos de limpieza 1 <input type="checkbox"/>
		n Tratar el agua 1 <input type="checkbox"/>
		o Manejar adecuadamente desechos 1 <input type="checkbox"/>
		p No se puede hacer nada 1 <input type="checkbox"/>
q. Usar derivados de petróleo en sitios con aguas sucias o pantanosas 1 <input type="checkbox"/>		
No sabe 2 <input type="checkbox"/>		

1105. a	¿Ante cuáles síntomas del dengue decidiría usted ir a una institución de salud? <i>(Espere la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a Cuando aparece la fiebre	1	<input type="checkbox"/>
		b Si la fiebre no se quita	1	<input type="checkbox"/>
		c Si tienen mucho dolor de cabeza	1	<input type="checkbox"/>
		d Si tiene pecas rojas o morados en la piel	1	<input type="checkbox"/>
		e Si tiene alguna hemorragia	1	<input type="checkbox"/>
		f Si le duele el abdomen	1	<input type="checkbox"/>
		g Si se desmaya	1	<input type="checkbox"/>
		h Escalofríos	1	<input type="checkbox"/>
		i Dolores de los músculos y/o articulaciones	1	<input type="checkbox"/>
		j Náuseas y/o vomito	1	<input type="checkbox"/>
		k Congestión nasal y/o tos	1	<input type="checkbox"/>
		l Decaimiento o desgano general	1	<input type="checkbox"/>
m Sudoración	1	<input type="checkbox"/>		
	No sabe	2	<input type="checkbox"/>	
1107	¿Tiene su casa una alberca o tanque en el lavadero?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1111
1108	¿En los ÚLTIMOS 7 DÍAS han lavado la alberca o el tanque del lavadero?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → 1110
		No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	3	<input type="checkbox"/>
1109	¿Cuándo fue la última vez que lavó la alberca o tanque del lavadero?	Entre una semana y quince días	1	<input type="checkbox"/>
		Entre quince días y un mes atrás	2	<input type="checkbox"/>
		Más de un mes atrás	3	<input type="checkbox"/>
		No lo ha lavado	4	<input type="checkbox"/> → 1111
		No sabe	5	<input type="checkbox"/>
1110	En el último lavado de la alberca o tanque del lavadero, ¿Restregaron el fondo y todas las paredes?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	3	<input type="checkbox"/>
1111	¿La casa cuenta con algún tanque para almacenar agua, adicional al de la alberca o tanque en el lavadero, si lo tiene?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → ¿cuántos?
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1125
1112	¿Cuántos tanques adicionales tiene?			_ _
<p>► ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1112 si sólo tiene un tanque continúe. Si tienen más de un tanque, haga las siguientes preguntas en relación con el tanque más grande.</p>				
1113	¿En los ÚLTIMOS 7 DÍAS han lavado el tanque?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1125
		NS	3	<input type="checkbox"/> → 1125
1114	En el último lavado del tanque, ¿Usted o quien lo lavó restregó el fondo y todas las paredes?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
		No sabe	3	<input type="checkbox"/>

1115	¿El tanque del que estamos hablando lo mantienen tapado?	Si, todo el tiempo	1 <input type="checkbox"/>
		Algunas veces sí y otras no	2 <input type="checkbox"/>
		No lo mantienen tapado	3 <input type="checkbox"/>
		No sabe	4 <input type="checkbox"/>
1125	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿funcionarios de salud hicieron alguna campaña para recolectar materiales inservibles en las casas o en el barrio?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1201
		NS	3 <input type="checkbox"/> → 1201
1126	¿Participó usted de las actividades de dicha campaña?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

XII. CONOCIMIENTO Y CONTROL DE LA MALARIA			
1201	← ENTREVISTADOR(A) Según la carpeta de muestreo ¿En este municipio se transmite la malaria?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1301
1202	¿Conoce usted la existencia de una enfermedad llamada malaria o paludismo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1301
1203	¿Cuáles síntomas o signos le pueden hacer pensar a usted que tiene malaria? <i>(Espere la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a Fiebre y/o escalofríos	1 <input type="checkbox"/>
		b Dolor de cabeza, especialmente detrás de los ojos	1 <input type="checkbox"/>
		c Dolores de los músculos o las articulaciones	1 <input type="checkbox"/>
		d Signos de hemorragia como sangrado de encías, de nariz, pecas rojas en la piel o morados	1 <input type="checkbox"/>
		e Náuseas y/o vómito	1 <input type="checkbox"/>
		f Congestión nasal y/o tos	1 <input type="checkbox"/>
		g Decaimiento o desgano general	1 <input type="checkbox"/>
		h Aspecto enfermizo	1 <input type="checkbox"/>
		i Sudoración	1 <input type="checkbox"/>
		j Dolor en abdomen	1 <input type="checkbox"/>
		k Si se desmaya, convulsiona o está somnoliento	1 <input type="checkbox"/>
		No sabe	2 <input type="checkbox"/>
		1204	¿Cuál es la principal forma de transmisión de la malaria?. <i>(Espere respuesta)</i>
Por compartir alimentos	2 <input type="checkbox"/>		
Por contacto con alguien enfermo	3 <input type="checkbox"/>		
Por compartir los artículos de limpieza	4 <input type="checkbox"/>		
Por consumir agua contaminada	5 <input type="checkbox"/>		
Por la suciedad	6 <input type="checkbox"/>		
Por contacto con un animal enfermo	7 <input type="checkbox"/>		
Por transfusión	8 <input type="checkbox"/>		
No sabe	9 <input type="checkbox"/>		

1205	¿Qué pueden hacer las personas en la vivienda o sus áreas cercanas para evitar la malaria?. (Espere respuesta y marque todas las que mencione)	a Lavar las albercas o tanques periódicamente 1 <input type="checkbox"/> b Eliminar todos los recipientes inservibles del patio jardín o terraza, que puedan recoger agua 1 <input type="checkbox"/> c Tapar los tanques para almacenamiento de agua 1 <input type="checkbox"/> d Usar toldillos impregnados con insecticida 1 <input type="checkbox"/> e Usar repelentes contra insectos 1 <input type="checkbox"/> f Usar insecticidas para fumigar la casa 1 <input type="checkbox"/> g Evitar aguas estancadas 1 <input type="checkbox"/> h Usar toldillos 1 <input type="checkbox"/> i Usar Angeo o malla en puertas y ventanas 1 <input type="checkbox"/> j Evitar malezas 1 <input type="checkbox"/> k Evitar compartir alimentos 1 <input type="checkbox"/> l Evitar contacto con enfermos 1 <input type="checkbox"/> m Evitar compartir artículos de limpieza 1 <input type="checkbox"/> n Tratar el agua 1 <input type="checkbox"/> o Manejar adecuadamente desechos 1 <input type="checkbox"/> p No se puede hacer nada 1 <input type="checkbox"/> q Desyerbar los bordes de las lagunas, caños de aguas o pantanos que estén cerca de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> r Usar derivados de petróleo en sitios con aguas sucia o pantanosa 1 <input type="checkbox"/> No sabe 2 <input type="checkbox"/>
1205.a	¿Ante cuáles síntomas de la malaria usted decidiría buscar atención?. (Espere respuesta y marque todas las que mencione)	a Fiebre y/o escalofríos 1 <input type="checkbox"/> b Dolor de cabeza, especialmente detrás de los ojos 1 <input type="checkbox"/> c Dolores de los músculos o las articulaciones 1 <input type="checkbox"/> d Signos de hemorragia como sangrado de encías, de nariz, pecas rojas en la piel o morados 1 <input type="checkbox"/> e Náuseas y/o vómito 1 <input type="checkbox"/> f Congestión nasal y/o tos 1 <input type="checkbox"/> g Decaimiento o desgano general 1 <input type="checkbox"/> h Aspecto enfermizo 1 <input type="checkbox"/> i Sudoración 1 <input type="checkbox"/> j Dolor en abdomen 1 <input type="checkbox"/> k Si se desmaya, convulsiona o está somnoliento 1 <input type="checkbox"/> No sabe 2 <input type="checkbox"/>
1207	¿Existe A MENOS DE 100 METROS de su vivienda o cerca de ella caños, quebradas, lagunas o algún depósito de aguas sucias o pantanosas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1209.a
1208	En los ÚLTIMOS 90 DÍAS, ¿usted o algún miembro de su hogar han limpiado los bordes de estos lugares? (desyerbar y eliminar desechos)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1209.a No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/> → 1209.a

1219	¿Cuál es la principal razón por la que no ha reimpregnado o vuelto a tratar los toldillos?. (Espere respuesta)	No ha tenido dinero	1 <input type="checkbox"/>	} 1301
		No han vuelto a ofrecer el servicio	2 <input type="checkbox"/>	
		No sabe dónde hacerlo tratar o impregnar	3 <input type="checkbox"/>	
		No le gusta como queda tratado/impregnado	4 <input type="checkbox"/>	
		Le da miedo que alguien se intoxique	5 <input type="checkbox"/>	
		No cree que necesite más tratamiento	6 <input type="checkbox"/>	
		No sabía que lo tenía que impregnar periódicamente	7 <input type="checkbox"/>	
		Descuido	8 <input type="checkbox"/>	
		Lo solicitó pero no lo atendieron	9 <input type="checkbox"/>	
		Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	10 <input type="checkbox"/>	
		Para evitar alergias	11 <input type="checkbox"/>	
		No cree que sirva tratarlos	12 <input type="checkbox"/>	
		No hay mosquito	13 <input type="checkbox"/>	
		No sabe	14 <input type="checkbox"/>	
1219. a	¿Cuál es la principal razón por la que no han impregnado o hecho tratar los toldillos?. (Espere respuesta)	No ha tenido dinero	1 <input type="checkbox"/>	
		No han ofrecido el servicio	2 <input type="checkbox"/>	
		No sabe dónde hacerlo tratar o impregnar	3 <input type="checkbox"/>	
		No le gusta como queda tratado/impregnado	4 <input type="checkbox"/>	
		Le da miedo que alguien se intoxique	5 <input type="checkbox"/>	
		No cree que necesite tratamiento	6 <input type="checkbox"/>	
		No sabía que lo tenía que impregnar	7 <input type="checkbox"/>	
		Descuido	8 <input type="checkbox"/>	
		Lo solicito pero no lo atendieron	9 <input type="checkbox"/>	
		Los horarios no le sirven o no tenia tiempo	10 <input type="checkbox"/>	
		Para evitar alergias	11 <input type="checkbox"/>	
		No cree que sirva tratarlos	12 <input type="checkbox"/>	
		No hay mosquito	13 <input type="checkbox"/>	
		No sabe	14 <input type="checkbox"/>	

XIII. PREVENCIÓN DENGUE Y/O MALARIA					
1301	◀ ENTREVISTADOR@: Revise 1101 Y 1201. ¿Marcó si para alguna de ellas? ¿Se transmite dengue y/o malaria?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input checked="" type="checkbox"/> → 1307		
1302	En su concepto, ¿quién o quiénes son responsables de evitar o prevenir la transmisión del dengue y/o la malaria?. (Espere la respuesta y marque todas las que mencione)	a La alcaldía, secretaria de salud o coordinación del PAB	1 <input type="checkbox"/>		
		b El personal de salud del hospital o de la IPS	1 <input type="checkbox"/>		
		c Las empresas de servicios públicos	1 <input type="checkbox"/>		
		d Las instituciones de educación	1 <input type="checkbox"/>		
		e Personal de otra entidad	1 <input type="checkbox"/>		
		f Personas de la comunidad	1 <input type="checkbox"/>		
		No sabe	2 <input type="checkbox"/>		
1303	¿En su hogar tiene algún toldillo que se use para dormir?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input checked="" type="checkbox"/> → 1307		
1304	¿Anoche cuántos miembros del hogar durmieron con toldillo?		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NS 2 <input checked="" type="checkbox"/> → 1307		

1305	◀ ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 112 y 1304. ¿La respuesta registrada en 1304 es igual al total de miembros del hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1307 No 2 <input type="checkbox"/>
1306	Los que no durmieron con toldillo, ¿por qué no lo hicieron?. (Espere la respuesta y marque todas las que mencione)	a No hay toldillos para todos 1 <input type="checkbox"/> b No hay casi mosquitos 1 <input type="checkbox"/> c Usan repelentes de insectos 1 <input type="checkbox"/> d Hace mucho calor 1 <input type="checkbox"/> e No consideran que los toldillos sirvan 1 <input type="checkbox"/> f Los toldillos están dañados 1 <input type="checkbox"/> g No creen necesitar toldillo 1 <input type="checkbox"/> h No les gusta, se les olvida 1 <input type="checkbox"/> i Usan angeo en puertas y/o ventanas 1 <input type="checkbox"/> j Fumigan 1 <input type="checkbox"/> No sabe 2 <input type="checkbox"/>
1307	En el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy ¿algún funcionario de salud, visitó su casa para revisar si existían criaderos del mosquito?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1311 No sabe 3 <input type="checkbox"/> → 1311
1308	En el ÚLTIMO AÑO, ¿cuántas veces visitaron su casa?	_ _ _ NS 2 <input type="checkbox"/>
1309	¿En qué mes realizaron la última visita?	_ _ _ NS 2 <input type="checkbox"/>
1310	En la última visita, ¿le dieron alguna instrucción sobre cómo evitar la reproducción del mosquito?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/> } 1312
1311	En el ÚLTIMO AÑO, ¿alguna vivienda de su manzana, fue visitada por funcionarios de salud para revisar si existían criaderos del mosquito?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
1312	En el ÚLTIMO AÑO, ¿funcionarios de salud, visitaron su casa o su barrio aplicando insecticida para matar los mosquitos?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> } ☒ No sabe 3 <input type="checkbox"/>
1313	¿En cuál mes realizaron la última aplicación de insecticida?	_ _ _ NS 2 <input type="checkbox"/>