

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Área Barrio Comuna Fracción Radio Manzana Casa/Enc.
Calle Nro. Piso Dpto. Hab. Torre/Cuerpo

DATOS DEL RELEVADOR

Apellido y Nombre N°

(CARÁCTER Estrictamente CONFIDENCIAL Y RESERVADO - LEY 17.622)

"Artículo 10: Las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial, ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieran."

DATOS DE LA VISITA

F1

Visitas efectuadas a la vivienda

N°	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1	/ / 2020		
2	/ / 2020		
3	/ / 2020		
4	/ / 2020		
5	/ / 2020		
6	/ / 2020		
7	/ / 2020		
8	/ / 2020		

Observaciones

DV1

¿Puede realizar la entrevista? 1. Sí ☐
2. No ☐ → **DV3**

DV2

Fecha de la entrevista / / 2020

DV4

¿Alguna persona de esta vivienda fue diagnosticada con COVID-19 positivo hace menos de 14 días? 1. Sí ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**
2. No ☐

DV5

¿En esta vivienda vive y está presente alguna persona de 18 años o más? 1. Sí ☐ → **CP**
2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

DV3

¿Por qué motivo no pudo realizar la entrevista?

- La vivienda está deshabitada ☐
- La vivienda está demolida ☐
- La vivienda se usa solo los fines de semana o muy esporádicamente ☐
- La vivienda está en construcción y allí no vive nadie ☐
- La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial ☐
- En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada ☐
- Los habitantes de la vivienda están ausentes ☐
- Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados ☐
- Otras causas ☐

↳ Especifique



HABITANTES DE LA VIVIENDA

F2

CP ¿Cuántas personas viven habitualmente en esta vivienda? _____

	P1 Por favor, nombre todas las personas que habitan esta vivienda, empezando por usted. No olvide bebés y niños.	P2 Sexo (declarado por el encuestado/a)	P3 ¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento? Si tiene menos de un año anote 0	P4 ¿cuál es el próximo en cumplir años? (presente 18+)
1		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



FORMULARIO INDIVIDUAL

F3

P12 Nombre de la persona seleccionada _____

S1 ¿La persona seleccionada aceptó firmar el consentimiento? 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S2 ¿La persona seleccionada aceptó contestar el cuestionario? 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S3 ¿La persona seleccionada aceptó realizarse el test? 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **FIN DE LA ENTREVISTA**

D1 ¿Alguna vez le hicieron la prueba para ver si estaba infectado/a con COVID-19 con una muestra de la garganta o la nariz? 1. Sí ☐ 2. No ☐ → **D6**

D2 ¿Cuántas pruebas le hicieron? 1. Una ☐ 2. Más de una ☐ → **D3** ¿Cuántas? _____

D4 ¿Hace cuánto le hicieron la última prueba? 1. Menos de 14 días ☐ 2. 14 días o más ☐

D5 ¿Cuál fue el resultado de la última prueba? 1. Positivo ☐ 2. Negativo ☐ 9. No sabe ☐ → **VERIFIQUE SI D4 = 1 (menos de 14 días) FIN DE LA ENTREVISTA**

D6 En los últimos dos meses, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas...

- fiebre? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- escalofríos? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- cansancio intenso? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- dolor de garganta? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- tos? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- sensación de falta de aire al respirar? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- dolor de cabeza? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- náuseas o vómitos o diarrea? 1. Sí ☐ 2. No ☐
- pérdida súbita de sentido del olfato o gusto? 1. Sí ☐ 2. No ☐

Si respondió **1. SÍ** a alguno de los síntomas en **D6**:

D7 ¿Seguía sintiendo alguno de esos síntomas en las últimas 2 semanas? 1. Sí ☐ 2. No ☐

**A1** ¿Alguna vez un médico o personal de salud le dijo que tenía...

1. diabetes? 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. hipertensión arterial? 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. alguna enfermedad cardiovascular? 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. alguna enfermedad pulmonar crónica (asma EPOC, bronquitis crónica)? 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. otra enfermedad crónica o grave? 1. Sí ☐ 2. No ☐

A2 ¿Le diagnosticaron algún cáncer en los últimos 5 años?1. Sí ☐ 2. No ☐**A3** ¿Es fumador/a o fue fumador/a (más de 1 cigarrillo/día) en los últimos 5 años?1. Sí ☐ 2. No ☐**A4** ¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? cm**A5** ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? Kg**CV1** En los últimos dos meses, ¿estuvo en contacto con alguna persona diagnosticada de COVID-19?1. Sí ☐
2. No, que yo sepa ☐ → **CV3****CV2** ¿Con quién?

1. Miembro del hogar 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. Familiar o amigo/a que no vive en el hogar 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. Compañero/a de trabajo 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario) 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. Otro 1. Sí ☐ 2. No ☐

CV3 En los últimos dos meses, ¿estuvo en contacto con alguna persona con síntomas gripales?1. Sí ☐
2. No, que yo sepa ☐ → **T1****CV4** ¿Con quién?

1. Miembro del hogar 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. Familiar o amigo/a que no vive en el hogar 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. Compañero/a de trabajo 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario) 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. Otro 1. Sí ☐ 2. No ☐

T1 En los últimos dos meses, ¿trabajó en la modalidad presencial?1. Sí ☐
2. No ☐ → **E1****T2** En los últimos dos meses, ¿trabajó en alguno de estos sectores?

1. En comercio 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. En transporte 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. En cuerpos y fuerzas de seguridad, bombero, protección civil 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. En limpieza 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. En un centro sanitario con atención clínica a pacientes 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. En otro lugar, como personal de centros sanitarios o sociosanitarios 1. Sí ☐ 2. No ☐
7. Como cuidador de persona a domicilio 1. Sí ☐ 2. No ☐
8. En otros sectores 1. Sí ☐ 2. No ☐

T3 ¿Cuántas horas semanales trabaja?

1. Hasta 34 horas ☐
2. Entre 35 y 45 horas ☐
3. Más de 45 horas ☐

E1 Datos del entrevistado para devolución de resultados y supervisión

Los datos del entrevistado/a se deben copiar de un original, fotocopia o App

E1 Apellido **E2** Nombres **E3** Tipo de documentación identificatoria

1. DNI argentino ☐ → **E7**
2. Documento extranjero ☐ → **E5**
3. No tiene documento ☐ → **C1**
4. Otro ☐

E5 País emisor del documento

1. Uruguay ☐
2. Paraguay ☐
3. Brasil ☐
4. Bolivia ☐
5. Chile ☐
6. Perú ☐
7. Venezuela ☐
8. Otro ☐

E4 ¿Cuál? ↳ ¿Cuál? **E7** Número de documento: **Datos de contacto del entrevistado****C1** N° celular: **C2** E-mail: **C3** N° de línea de la vivienda: **C4** Otro número de teléfono alternativo: **C5**

CÓDIGO Y FECHA DE LA MUESTRA

 - / / 2020

FIN