

## 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?

1. La vivienda está deshabitada ..... ☐
2. La vivienda está demolida ..... ☐
3. La vivienda se usa solo los fines de semana o muy esporádicamente ..... ☐
4. La vivienda está en construcción y allí no vive nadie ..... ☐
5. La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial ..... ☐
6. En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada ..... ☐
7. Los habitantes de la vivienda están ausentes ..... ☐
8. Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados ..... ☐
11. La persona seleccionada no vive más en la vivienda ..... ☐
12. No se puede contactar a la persona seleccionada ..... ☐
9. Otras causas ..... ☐  
↳ Especifique



## HABITANTES DE LA VIVIENDA

**F2**

**CP** ¿Cuántas personas viven habitualmente en esta vivienda? \_\_\_\_\_

	<b>P1</b> Por favor, nombre todas las personas que habitan esta vivienda, empezando por usted. No olvide bebés y niños.	<b>P2</b> Sexo (declarado por el encuestado/a)	<b>P3</b> ¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento? Si tiene menos de un año anote 0	<b>P4</b> ¿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