

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Encuesta

Área Barrio Comuna Fracción Radio Manzana Casa
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

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 ☐
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 ☐
9. Otras causas ☐
↳ Especifique

HABITANTES DE LA VIVIENDA

F2

CP ¿Cuántas personas viven 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	¿cuál es el próximo en cumplir años? (presente 18+)
1		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
2		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
3		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
4		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
5		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
6		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
7		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
8		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
9		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
10		1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>



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...

1. fiebre? 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. escalofríos? 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. cansancio intenso? 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. dolor de garganta? 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. tos? 1. Sí ☐ 2. No ☐
6. sensación de falta de aire al respirar? 1. Sí ☐ 2. No ☐
7. dolor de cabeza? 1. Sí ☐ 2. No ☐
8. náuseas o vómitos o diarrea? 1. Sí ☐ 2. No ☐
9. 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 ☐



1. Sí ☐

2. No \longrightarrow E1

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 ☐

1. Hasta 34 horas ☐

2. Entre 35 y 45 horas ☐

3. Más de 45 horas ☐

 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 → F5

3. No tiene documento ☐ → c1

4. Otro

E4 ¿Cuál? _____

E5 País emisor del documento

1. Uruguay ☐

2. Paraguay

3. Brasil

4. Bolivia.....

5. Chile

6. Perú ☐7. Venezuela ☐

8. Otro

↳ **E6. Especifique**

 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 DE LA MUESTRA

Page 1 of 1

Observaciones