

ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2009

Buenos días/tardes/noches:

El **Euskal Estatistika-Erakunde**/Instituto Vasco de Estadística -Eustat- está realizando una encuesta para conocer las condiciones de vida familiar, individual y del entorno en las que vive la población de la C.A. de Euskadi.

Los resultados proporcionan a los responsables políticos una base para la planificación y el diseño de nuevas políticas.

Esta encuesta se realiza un vez cada 5 años, es oficial y por ello de respuesta obligatoria.

¿Podría dedicarme unos minutos?

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

IDEV	TERR	MUNR	DIST	SECC
Dirección completa				
Complemento de dirección				
Entidad de población				
Código postal	Municipio			ZONA
	Territorio			

Página

P 0

NUMC

Teléfonos

ENTREVISTADO

1.º Apellido

2.º Apellido

Nombre

CONDICIONES DEL INFORMANTE AUXILIAR

- A. Pertener al colectivo familiar
- B. Ser mayor de 15 años
- C. Ser una persona idónea para informar de la persona seleccionada

AGENTE

1.º Apellido

2.º Apellido

Nombre

Código

FECHA DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

1. Día 2. Mes 3. Año

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

TELÉFONO GRATUÍTO: 900 460 405

e-mail: ECV09@araldi.es

OFICINAS: VITORIA-GASTEIZ: Samaniego, 2-7º

BILBAO: Máximo Aguirre, 18 bis 3º

DONOSTIA-SAN SEBASTIAN: Okendo, 16-3º



Los datos obtenidos mediante este cuestionario se utilizarán para la "Encuesta de Condiciones de Vida", operación estadística regulada con el número 010901 en la Ley 2/2005, de 17 de febrero, del Plan Vasco de Estadística 2005-2008, y a tal fin, se incorporarán a un fichero automatizado para su tratamiento.

LEY DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: en relación con la Ley del Plan Vasco de Estadística, V.d. está obligado a suministrar la información estadística que se le requiere.

- Artículos 19 al 23: todos los datos suministrados quedan amparados por el secreto estadístico.

Si lo desea, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación ante la Dirección General de Eustat, C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz.

I1	I2	I3	I4	I5	I6
¿Asiste a algún centro educativo o de cuidado de niños?	Con independencia de que su profesión sea o no la de estudiante, ¿realiza actualmente estudios reglados?	ESTUDIOS EN CURSO Señale los estudios de más alto nivel que esté realizando .	SISTEMA DE ENSEÑANZA Y HORARIO ESCOLAR Señale el que sea más habitual y, en el caso de ser varios, el que le exige mayor dedicación	Indique la distancia que hay desde su casa al centro de estudio	¿Cómo realiza habitualmente este trayecto?
A. No <input type="checkbox"/> I14 B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> I14 B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Infantil-Primaria <input type="checkbox"/> B. Profesionales <input type="checkbox"/> C. Secundaria <input type="checkbox"/> D. Medio-Superiores <input type="checkbox"/> E. Superiores <input type="checkbox"/>	A. Estudios con asistencia a centros con horario de mañana y tarde <input type="checkbox"/> B. Estudios con asistencia a centros con horario sólo de mañana <input type="checkbox"/> C. Estudios con asistencia a centros sólo por la tarde (comienzo antes de las 5 horas) <input type="checkbox"/> D. Estudios con asistencia a centros sólo por la noche (comienzo después de las 5 horas de la tarde) <input type="checkbox"/> E. Cursillos, cursos de academias con un máximo de 2 horas día <input type="checkbox"/> F. Estudios a distancia (Internet, por correspondencia...) <input type="checkbox"/> I9	Kms. <input type="text"/> Metros <input type="text"/>	A. En coche <input type="checkbox"/> B. En tren/metro <input type="checkbox"/> C. En bus urbano o interurbano, tranvía <input type="checkbox"/> D. En autobús escolar <input type="checkbox"/> E. Andando <input type="checkbox"/> F. En bici/motocicleta <input type="checkbox"/> G. Combinando varios <input type="checkbox"/> H. Otras formas <input type="checkbox"/>

I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13
Tiempo que tarda, normalmente, desde su domicilio al centro de estudio	Habitualmente ¿Vuelve a casa a comer?	CURSOS REPETIDOS Indique si por cualquier razón ha tenido que repetir algún curso	Señale en qué nivel o niveles ha repetido	Además de los estudios normalizados ¿realiza otro tipo de estudios complementarios?	Señale cuáles son estos otros estudios complementarios Elija la(s) respuesta(s)	Indique las horas que dedica semanalmente a estos estudios complementarios
Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> I11 B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Educación Primaria, ESO, EGB <input type="checkbox"/> B. BUP, FP, BACHILLER, COU <input type="checkbox"/> C. Escuelas universitarias, Universidad <input type="checkbox"/> D. Otros (Escuela Of. Idiomas...) <input type="checkbox"/> E. En más de 1 de los anteriores <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> I24 B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Euskera <input type="checkbox"/> 2. Inglés <input type="checkbox"/> 3. Otros idiomas <input type="checkbox"/> 4. Música, ballet, dibujo y actividades artísticas en general <input type="checkbox"/> 5. Clases de apoyo <input type="checkbox"/> 6. Informática <input type="checkbox"/> 7. Otros <input type="checkbox"/>	Horas <input type="text"/> I24

I14	I15	I16	I17	I18	I19
Tiene 10 o más años	Sabe leer y escribir	Puede leer sin dificultad un libro, un periódico o cualquier comunicación escrita que llegue a su casa	Es capaz de escribir una carta, rellenar un impreso, etc.	ESTUDIOS REALIZADOS Indique los estudios de más alto nivel realizados y aprobados .	Edad a la que finalizó los estudios señalados
A. No <input type="checkbox"/> I24 B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> I24 B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Sin estudios <input type="checkbox"/> I25 2. A. Primarios <input type="checkbox"/> B. Profesionales <input type="checkbox"/> C. Secundarios <input type="checkbox"/> D. Medio-Superiores <input type="checkbox"/> E. Superiores <input type="checkbox"/>	Edad <input type="text"/>

120	121	122	123	124
<p>AÑOS DE ESTUDIO</p> <p>Señale durante cuántos años acudió regularmente a un centro de enseñanza</p>	<p>Aunque su profesión no sea la de estudiante, ¿Realiza actualmente algún tipo de estudio?</p>	<p>Señale cuáles son estos estudios. Elija la(s) respuesta(s)</p>	<p>Indique las horas que dedica semanalmente a dichos estudios</p>	<p>TIPO DE CENTRO</p> <p>Indique el tipo de centro donde curso o ha cursado sus estudios de primer y segundo grado (estudios primarios)</p>
<p>Años</p> <p>_____</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Euskera <input type="checkbox"/></p> <p>2. Inglés <input type="checkbox"/></p> <p>3. Otros idiomas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Música, ballet, dibujo y actividades artísticas en general <input type="checkbox"/></p> <p>5. Cultura general <input type="checkbox"/></p> <p>6. Informática <input type="checkbox"/></p> <p>7. Capacitación y/o reciclaje profesional <input type="checkbox"/></p> <p>8. Otros <input type="checkbox"/></p>	<p>Horas</p> <p>_____</p>	<p>A. Centro público <input type="checkbox"/></p> <p>B. Centro privado, religioso <input type="checkbox"/></p> <p>C. Centro privado laico <input type="checkbox"/></p> <p>D. Ikastola <input type="checkbox"/></p> <p>E. Otro tipo de centro <input type="checkbox"/></p> <p>F. Varios tipos distintos <input type="checkbox"/></p> <p>G. No cursó estudios <input type="checkbox"/></p>

125	126	127	128	129
<p>¿Cuál fue la primera lengua en su infancia? (Hasta los 3 años)</p>	<p>¿Lee Euskera?</p>	<p>¿Escribe Euskera?</p>	<p>¿Entiende Euskera?</p>	<p>¿Habla Euskera?</p>
<p>A. Euskera <input type="checkbox"/></p> <p>B. Castellano <input type="checkbox"/></p> <p>C. Las dos: Euskera y Castellano <input type="checkbox"/></p> <p>D. Otra/s <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Lee bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Lee textos sencillos <input type="checkbox"/></p> <p>C. Lee sólo palabras sueltas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No lee <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Escribe bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Escribe frases y textos <input type="checkbox"/></p> <p>C. Escribe sólo palabras sueltas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No escribe <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Entiende bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Entiende una conversación sencilla <input type="checkbox"/></p> <p>C. Entiende algunas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No entiende <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Habla bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Mantiene una conversación sencilla <input type="checkbox"/></p> <p>C. Habla sólo palabras sueltas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No habla <input type="checkbox"/></p>

130	131	132	133
<p>CONOCIMIENTO DE OTROS IDIOMAS</p> <p>Señale los otros idiomas que conoce. Elija la(s) respuesta(s)</p>	<p>Conocimiento de inglés. (Responda a todas)</p>	<p>Conocimiento de francés. (Responda a todas)</p>	<p>Conocimiento de otro idioma comunitario. (Responda a todas)</p>
<p>1. Inglés <input type="checkbox"/></p> <p>2. Francés <input type="checkbox"/></p> <p>3. Otro idioma comunitario <input type="checkbox"/></p> <p>4. Otros idiomas <input type="checkbox"/></p> <p>5. No conoce <input type="checkbox"/></p>	<p>Nada Con dificultad Bien</p> <p>1. Lee <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Escribe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Entiende <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Habla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Nada Con dificultad Bien</p> <p>1. Lee <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Escribe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Entiende <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Habla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Nada Con dificultad Bien</p> <p>1. Lee <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Escribe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Entiende <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Habla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

S1	S2	S3	S4																												
Señale si padece alguno de los trastornos que se mencionan. Elija la(s) respuesta(s)	Tiene alguna dificultad en la realización de sus tareas cotidianas (asearse, desplazarse, relacionarse con los demás, etc.).	Valore el grado de dificultad que le supone realizar las siguientes actividades: (Responda a todas)	En los últimos 12 meses ¿ha tenido algún problema de salud?																												
1. Ceguera o deficiencia visual grave <input type="checkbox"/> 2. Sordomudez <input type="checkbox"/> 3. Defecto físico, mutilación, deformación, invalidez <input type="checkbox"/> 4. Algún tipo de deficiencia mental <input type="checkbox"/> 5. Graves trastornos mentales <input type="checkbox"/> 6. Enfermedad crónica <input type="checkbox"/> 7. No padece ninguno <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sin dificultad</th> <th>Con cierta dificultad</th> <th>No puede</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Mantener una conversación</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Caminar 400 metros sin fatigarse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Bajar o subir una escalera</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Moverse dentro de la casa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Vestirse, desvestirse, asearse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Comer sólo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sin dificultad	Con cierta dificultad	No puede	1. Mantener una conversación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Caminar 400 metros sin fatigarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Bajar o subir una escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Moverse dentro de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Vestirse, desvestirse, asearse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Comer sólo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>
	Sin dificultad	Con cierta dificultad	No puede																												
1. Mantener una conversación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
2. Caminar 400 metros sin fatigarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
3. Bajar o subir una escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
4. Moverse dentro de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
5. Vestirse, desvestirse, asearse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
6. Comer sólo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												

S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11																				
¿Tiene derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social o cualquier otro sistema de previsión sanitaria?	TIPO DE PRESTACION Indique la clase de estas prestaciones sanitarias. Elija la(s) respuesta(s)	¿Ha consultado a algún profesional de la salud en los últimos 12 meses?	Señale qué profesionales de la salud ha consultado y el número de veces. Elija la(s) respuesta(s)	Indique si ha tenido alguna hospitalización en los últimos 12 meses, y en su caso cuántas y el número total de días de hospitalización	Tiene 6 o más años	¿Ha tenido que interrumpir o moderar sus actividades habituales (trabajo, ir al colegio, hacer las labores del hogar, ocio,...) por motivos de salud en los últimos 12 meses?																				
A. No <input type="checkbox"/> S7 B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Seguridad Social (Osakidetza) <input type="checkbox"/> 2. Seguros privados (Iguatorialio...) <input type="checkbox"/> 3. Otros tipos de previsión sanitaria <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> S10 B. Sí <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nº veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Médico de cabecera</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Médicos especialistas</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Practicante, ATS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Farmaceutico</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Optico</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Psiquiatra/Psicólogo</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Dentista/Ortodoncista</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Ortopeda/Fisioterapeuta</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Otros sanitarios (curandero)</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nº veces	1. Médico de cabecera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Médicos especialistas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Practicante, ATS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Farmaceutico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Optico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Psiquiatra/Psicólogo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. Dentista/Ortodoncista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Ortopeda/Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. Otros sanitarios (curandero)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> N° de hospitalizaciones: <input type="text"/> N° de días: <input type="text"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> S13 B. Sí <input type="checkbox"/>
	Nº veces																									
1. Médico de cabecera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
2. Médicos especialistas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
3. Practicante, ATS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
4. Farmaceutico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
5. Optico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
6. Psiquiatra/Psicólogo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
7. Dentista/Ortodoncista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
8. Ortopeda/Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
9. Otros sanitarios (curandero)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									

S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19
Señale durante cuánto tiempo ha tenido que moderar o suspender sus actividades habituales	REVISIONES Y CHEQUEOS ¿Se ha hecho alguna vez una revisión o chequeo general de su estado de salud?	Periodicidad con las que las realiza	En los últimos 30 días ¿Ha tomado algún tipo de medicamento?	Indique las personas que se lo han recetado o aconsejado Elija la(s) respuesta(s)	¿Es donante de sangre, de ojos, riñones, etc.? Elija la(s) respuesta(s)	¿Utiliza habitualmente gafas, lentillas u otro tipo de prótesis? Elija la(s) respuesta(s)	¿Considera que su salud en general es...?
Meses: <input type="text"/> Días: <input type="text"/>	A. No <input type="checkbox"/> S15 B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Anual <input type="checkbox"/> B. Cada 2 años <input type="checkbox"/> C. Más de 2 años <input type="checkbox"/> D. Sin ninguna periodicidad <input type="checkbox"/> E. Sólo chequeos de empresa <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> S17 B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Médico de cabecera <input type="checkbox"/> 2. Médico especialista <input type="checkbox"/> 3. Farmacéutico <input type="checkbox"/> 4. Familiares amigos o conocidos <input type="checkbox"/> 5. Autorecetado <input type="checkbox"/>	1. No donante <input type="checkbox"/> 2. Sangre <input type="checkbox"/> 3. Riñones <input type="checkbox"/> 4. Ojos <input type="checkbox"/> 5. Otros órganos <input type="checkbox"/> 6. Donante total <input type="checkbox"/>	1. No utiliza <input type="checkbox"/> 2. Gafas <input type="checkbox"/> 3. Lentillas <input type="checkbox"/> 4. Audífono <input type="checkbox"/> 5. Muletas <input type="checkbox"/> 6. Otros <input type="checkbox"/>	1. Muy buena <input type="checkbox"/> 2. Buena <input type="checkbox"/> 3. Regular <input type="checkbox"/> 4. Mala <input type="checkbox"/> 5. Muy mala <input type="checkbox"/>

T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
¿Tiene 16 o más años?	¿Tenía en la semana pasada un EMPLEO CONTINUADO (de más de 6 meses de duración total)?	¿Realizó o tenía durante la semana pasada ALGUNA ACTIVIDAD o TRABAJO REMUNERADO, por muy pequeño que éste fuera, y de cualquier tipo (costura, clases particulares, interina, etc.) incluso los considerados como chapuzas?	¿Trabajaba, aunque fuera poco, la semana pasada y antes en el negocio (bar, comercio, caserío) de un familiar que convive en la vivienda, no recibiendo remuneración fija, salvo manutención y alojamiento?	¿Ha realizado algún trabajo, por pequeño que haya sido, a lo largo de su vida ? (No se incluye labores domésticas, ni ningún tipo de estudios)	Tipo de trabajo según el horario	Tipo de jornada
A. No <input type="checkbox"/> L1	A. No <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> T23	A. En turnos <input type="checkbox"/>	A. Continua <input type="checkbox"/>
B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/> T6	B. Sí <input type="checkbox"/> T6	B. Sí <input type="checkbox"/> T6	B. Sí <input type="checkbox"/> T19	B. En horario fijo <input type="checkbox"/>	B. Partida <input type="checkbox"/>
					C. Sin horario <input type="checkbox"/> T10	

T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14
Indique si en su horario de entrada y salida está sometido a algún tipo de control	¿Cuántos días de descanso tiene en una semana normal de trabajo?	Señale si dispone al menos de 2 días seguidos de descanso en la semana	Indique si trabaja los sábados y/o los domingos Elija la(s) respuesta(s)	¿Su trabajo se caracteriza por repetir continuamente las mismas operaciones?	¿Cuál es la distancia desde su casa al lugar de trabajo?	¿Cómo realiza habitualmente este trayecto?
A. Ningún control <input type="checkbox"/>	A. Ninguno <input type="checkbox"/> T12	A. No <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> Avesces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Km.	A. En coche <input type="checkbox"/>
B. Fichaje de reloj <input type="checkbox"/>	B. Un día <input type="checkbox"/> T11	B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Sábado <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Metros	B. En tren/metro <input type="checkbox"/>
C. Fichaje con firma <input type="checkbox"/>	C. 2 días <input type="checkbox"/>		2. Domingo <input type="checkbox"/>			C. En bus urbano o interurbano/tranvía <input type="checkbox"/>
D. Trabajo en cadena <input type="checkbox"/>	D. 3 o más días <input type="checkbox"/>					D. En autobús de empresa <input type="checkbox"/>
E. Control de producción <input type="checkbox"/>						E. Andando <input type="checkbox"/>
F. Otros tipos <input type="checkbox"/>						F. En bici/motocicleta <input type="checkbox"/>
						G. Combinando varios <input type="checkbox"/>
						H. Otras formas <input type="checkbox"/>

T15	T16	T17	T18
Duración media del trayecto desde el domicilio al trabajo	¿Vuelve habitualmente a casa para comer?	En el transcurso de su vida profesional ¿ha sufrido algún accidente o enfermedad profesional? Elija la(s) respuesta(s)	De los siguientes inconvenientes, ¿puede indicar si se dan o no en su trabajo? Elija la(s) respuesta(s)
<input type="text"/> Horas	A. No <input type="checkbox"/>	1. No <input type="checkbox"/>	1. Malos olores <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Minutos	B. Sí <input type="checkbox"/>	2. Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>	2. Ruidos molestos <input type="checkbox"/>
		3. Accidente en el trayecto al trabajo <input type="checkbox"/>	3. Mala ventilación <input type="checkbox"/>
		4. Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	4. Mala iluminación <input type="checkbox"/>
			5. Humedad <input type="checkbox"/>
			6. Excesivo frío en invierno <input type="checkbox"/>
			7. Excesivo calor en verano <input type="checkbox"/>
			8. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>

T19

T20

T21

<p>- ¿Cuál es la OCUPACIÓN u OFICIO que desempeña o el último que ha desempeñado? - ¿Cuál es la actividad o qué hace el establecimiento en el que trabaja o dirige (trabajaba o dirigía)?</p>	<p>¿Cuál es o era su SITUACIÓN PROFESIONAL?</p>	<p>Tipo de contrato eventual</p>
--	---	----------------------------------

<p>1. Ocupación u oficio</p> <p>A. Dirección de empresas y Administración Pública <input type="checkbox"/></p> <p>B. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales <input type="checkbox"/></p> <p>C. Técnicos y profesionales de apoyo <input type="checkbox"/></p> <p>D. Empleados de tipo administrativo <input type="checkbox"/></p> <p>E. Trabajadores de servicios de restauración, personales y de protección y vendedores de comercio <input type="checkbox"/></p> <p>F. Trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca <input type="checkbox"/></p> <p>G. Trabajadores cualificados de la industria, la construcción y la minería <input type="checkbox"/></p> <p>H. Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores <input type="checkbox"/></p> <p>I. Trabajadores no cualificados <input type="checkbox"/></p> <p>J. Fuerzas armadas <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Empresario con asalariados <input type="checkbox"/></p> <p>B. Autónomo, empresario sin asalariados o trabajador por <input type="checkbox"/></p> <p>C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/></p> <p>D. Cooperativista <input type="checkbox"/></p> <p>E. Asalariado fijo sector privado <input type="checkbox"/></p> <p>F. Asalariado fijo Administración o empresa de propiedad Pública <input type="checkbox"/></p> <p>G. Asalariado eventual o interino sector privado <input type="checkbox"/></p> <p>H. Asalariado eventual Administración o empresa pública <input type="checkbox"/></p> <p>I. Otras situaciones (comunidades religiosas, etc.) <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Formación / prácticas <input type="checkbox"/></p> <p>B. Estacional o de temporada <input type="checkbox"/></p> <p>C. En periodo de prueba <input type="checkbox"/></p> <p>D. Cubre una ausencia <input type="checkbox"/></p> <p>E. Obra o servicio <input type="checkbox"/></p> <p>F. Otro <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Actividad del establecimiento</p> <p>A. Agricultura y pesca <input type="checkbox"/></p> <p>B. Industria y energía <input type="checkbox"/></p> <p>C. Construcción <input type="checkbox"/></p> <p>D. Comercio, hostelería y transporte <input type="checkbox"/></p> <p>E. Banca, seguros y servicios a empresas <input type="checkbox"/></p> <p>F. Otras actividades de servicios <input type="checkbox"/></p>		

T22

T23

T24

T25

T26

T27

<p>¿Cuál es o era su dedicación?</p>	<p>¿Independientemente de que trabajara o no, estaba buscando un (u otro) trabajo o empleo la semana pasada?</p>	<p>¿Teniendo en cuenta su situación o actividad la semana pasada, se le podría considerar como PARADO?</p>	<p>¿Considera que su ocupación actualmente es la conocida como SUS LABORES?</p>	<p>¿Considera que su ocupación actual es la conocida como ESTUDIANTE u OPOSITOR?</p>	<p>Respecto a cada una de las labores del hogar que se indican, señale la participación. (Responda a todas)</p>
--------------------------------------	--	--	---	--	---

<p>Horas semanales <input type="text"/></p> <p>A. Tiempo completo <input type="checkbox"/></p> <p>B. Tiempo parcial (menos de 30h.) <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Preparación de las comidas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Fregado de vajilla</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Preparación de la ropa (coser, lavar, planchar)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Limpieza de la casa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Cuidado de los niños</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Cuidado a ancianos y dependientes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Otras actividades menores</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	1. Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Preparación de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Fregado de vajilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Preparación de la ropa (coser, lavar, planchar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Limpieza de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Cuidado de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Cuidado a ancianos y dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Otras actividades menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No																														
1. Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
2. Preparación de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
3. Fregado de vajilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
4. Preparación de la ropa (coser, lavar, planchar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
5. Limpieza de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
6. Cuidado de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
7. Cuidado a ancianos y dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
8. Otras actividades menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														

T28

T29

T30

T31

<p>¿Cuántas horas dedica semanalmente a las labores del hogar?</p>	<p>Respecto a cada una de las labores del hogar que se indican, señale si usted ayuda a otros hogares. Si ayuda, conteste las que correspondan</p>	<p>Si ayuda a otros hogares, señale las horas semanales totales.</p>	<p>¿Recibe alguna compensación económica por esas ayudas?</p>
--	--	--	---

<p>1. Horas <input type="text"/></p> <p>2. A. Menos de 10 <input type="checkbox"/></p> <p>B. De 11 a 20 <input type="checkbox"/></p> <p>C. De 21 a 30 <input type="checkbox"/></p> <p>D. De 31 a 40 <input type="checkbox"/></p> <p>E. De 41 a 50 <input type="checkbox"/></p> <p>G. Más de 50 <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No ayuda <input type="checkbox"/></p> <p>B. 1. Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Preparación de las comidas <input type="checkbox"/></p> <p>3. Fregado de vajilla <input type="checkbox"/></p> <p>4. Preparación de la ropa (coser, lavar, plancha) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Limpieza de la casa <input type="checkbox"/></p> <p>6. Cuidado de los niños <input type="checkbox"/></p> <p>7. Cuidado a ancianos y dependientes <input type="checkbox"/></p> <p>8. Otras actividades menores <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="text"/></p> <p>Horas</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>
---	---	--	---

L1

Indique si realiza y con qué frecuencia las siguientes actividades.
(Responda a todas)

	Habitual-mente	Fines de semana	Vacacio-nes	Alguna vez al año	Nunca		Habitual-mente	Fines de semana	Vacacio-nes	Alguna vez al año	Nunca
1. Ir a ver espectáculos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Oír música en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hacer deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Leer diarios y revistas de información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ir al cine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Leer novela, teatro, poesía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ir al monte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Leer diarios deportivos y/o revistas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ir al teatro, conciertos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Navegar por Internet/chatear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ver cine en TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Jugar a quinielas, lotería, cupón,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ver cine en vídeo/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Jugar casino, bingo, máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L2

L3

L4

L5

Días de vacaciones que disfrutó en los últimos 12 meses en cada una de las épocas que se indican y el número de días que se desplazó fuera del domicilio habitual, y si ha estado con la familia o no. (Responda a todas)	Indique el lugar donde ha estado en las vacaciones de mayor duración.	Tipo de residencia que utilizó durante las vacaciones de mayor duración	Frecuencia con la que acostumbra a viajar los fines de semana, ya sea con el resto de la familia o no.
--	---	---	--

A. No disfrutó de vacaciones <input type="checkbox"/> L5 Días de vacaciones: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Días fuera de casa: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Con la familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A. C. A de Euskadi <input type="checkbox"/>	A. Camping <input type="checkbox"/>	A. Todos los fines de semana <input type="checkbox"/>
	B. España <input type="checkbox"/>	B. Residencia subvencionada <input type="checkbox"/>	B. Casi todos los fines de semana <input type="checkbox"/>
B. 1. Navidad 2008 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	C. Europa <input type="checkbox"/>	C. Hotel o pensión <input type="checkbox"/>	C. En alguna época del año <input type="checkbox"/>
2. Semana Santa 2009 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D. África <input type="checkbox"/>	D. En apart. o vivienda de alquiler <input type="checkbox"/>	D. Alguna vez <input type="checkbox"/>
3. Julio-Agosto 2009 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E. América <input type="checkbox"/>	E. En vivienda propia secundaria <input type="checkbox"/>	E. Nunca <input type="checkbox"/>
4. Septiembre; Junio 2009 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F. Asia <input type="checkbox"/>	F. En casa de familiares o amigos <input type="checkbox"/>	
5. Otras fechas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G. Oceanía <input type="checkbox"/>	G. En la vivienda habitual <input type="checkbox"/>	

L6

L7

L8

L9

Hora a la que se levanta un día de actividad normal (no incluye fines de semana). <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora a la que se acuesta un día de actividad normal (no incluye fines de semana). <input type="text"/> <input type="text"/>	Frecuencia con la que sale a comer o cenar los viernes y fines de semana o días festivos (No incluir el periodo vacacional) (Responda a todas)	Indique de cuánto tiempo libre dispone un día de actividad normal una vez deducido el dedicado a las necesidades básicas (sueño, comida, higiene), obligaciones laborales y actividades vinculadas a la responsabilidad del hogar (compras, desplazamientos, etc.)
--	--	---	--

A. Horario irregular <input type="checkbox"/> B. Horario regular <input type="checkbox"/> Hora: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/>	A. Horario irregular <input type="checkbox"/> B. Horario regular <input type="checkbox"/> Hora: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/>	Todas las semanas <input type="checkbox"/> Alguna vez al mes <input type="checkbox"/> Alguna vez al año <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1. Viernes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Sábado o víspera de festivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Domingo o festivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	---	---

P1

Acerca de los siguientes tipos de asociaciones o grupos, diga si **pertenece** o no, si **participa** o no en sus actividades y si ha **prestado** o no ayuda voluntaria (**en las últimas 4 semanas**) en alguna de ellas.
(Responda a todas)

	Pertenece		Participa		Presta ayuda voluntaria	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Asociaciones juveniles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asociaciones deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Confesiones religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Org. políticas, empresariales, sindicales, profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Organizaciones de cooperación para el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Org. de asistencia social, ayuda al anciano o primeros auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Organizaciones medioambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Org. pro derechos humanos, de justicia, derechos civiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asociaciones ciudadanos/vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asociaciones arte, folklore o recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Organizaciones de educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otras asociaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3

P2

P3

P4

Si presta ayuda voluntaria señale las horas semanales totales .	¿Mantiene algún tipo de relación, por pequeña que ésta sea, con amigos, compañeros, vecinos u otras personas? (No se incluyen relaciones familiares)	Tipo de relación y frecuencia. (Responda a todas)
--	--	---

 Horas	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Todos los días</th> <th>Alguna vez a la semana</th> <th>Alguna vez al mes</th> <th>Alguna vez al año</th> <th>Nunca o casi nunca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Salir a pasear</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Ir de copas, poteo, degustaciones</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Reuniones en la vivienda propia o de amigos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Prácticas deportivas (aficionado)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Asistencia a espectáculos deportivos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Asistencia a espectáculos culturales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Viajes, excursiones</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Asistencia a cultos religiosos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Otros actos de carácter social</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10. Actos exclusivamente profesionales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. Actividades políticas y/o sindicales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Alguna vez al año	Nunca o casi nunca	1. Salir a pasear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ir de copas, poteo, degustaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Reuniones en la vivienda propia o de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Prácticas deportivas (aficionado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Asistencia a espectáculos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Asistencia a espectáculos culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Viajes, excursiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Asistencia a cultos religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Otros actos de carácter social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Actos exclusivamente profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Actividades políticas y/o sindicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Alguna vez al año	Nunca o casi nunca																																																																				
	1. Salir a pasear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	2. Ir de copas, poteo, degustaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	3. Reuniones en la vivienda propia o de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	4. Prácticas deportivas (aficionado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	5. Asistencia a espectáculos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	6. Asistencia a espectáculos culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	7. Viajes, excursiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	8. Asistencia a cultos religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	9. Otros actos de carácter social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	10. Actos exclusivamente profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
11. Actividades políticas y/o sindicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					

Muchas gracias por su colaboración

FIN ENCUESTA