

# ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2019

Buenos días/tardes/noches:

El **Euskal Estatistika-Erakundea/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 una vez cada 5 años, es oficial y por ello de respuesta obligatoria.

¿Podría dedicarme unos minutos?

## CUESTIONARIO FAMILIAR

### CONDICIONES DEL INFORMANTE FAMILIAR

- A. Pertenecer al colectivo familiar
- B. Ser mayor de 15 años
- C. Ser una persona idónea para informar del colectivo familiar

NUMC

ENTREVISTADOR/A

Hora comienzo:  :

Hora fin:  :

FECHA DE LA ENTREVISTA    1. Día     2. Mes     3. Año

NIND Número de orden del informante del cuestionario familiar

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

**TELÉFONO GRATUITO: 900 101 963**

**OFICINAS:** VITORIA-GASTEIZ: Samaniego, 2-7°  
BILBAO: Máximo Aguirre, 18 bis 3°  
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN: Okendo, 16-3°

e-mail: [ecv@eustat.eus](mailto:ecv@eustat.eus)



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 3/2014, de 13 de noviembre, del Plan Vasco de Estadística 2014-2017, 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, Vd. 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.

# COMPOSICIÓN DEL COLECTIVO FAMILIAR

C0	C1	C2	C3	C4	
NÚMERO DE ORDEN Orden secuencial de las personas de la vivienda	SITUACIÓN DEL ENCUESTADO ¿Se encuentran estas personas en la vivienda? Añada las que sea preciso	NOMBRE, APELLIDOS Y D.N.I. o Número de Identificación de Extranjeros	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD LUGAR DE NACIMIENTO	
0 1	A. Permanece <input type="checkbox"/> - B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/> -FIN	Nombre 1º. Apellido 2º. Apellido D.N.I. / N.I.E.	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Hombre <input type="checkbox"/>	Día Mes Año Edad cumplida	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/>
[ ] [ ]	A. Permanece <input type="checkbox"/> - B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/> -FIN	Nombre 1º. Apellido 2º. Apellido D.N.I. / N.I.E.	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Hombre <input type="checkbox"/>	Día Mes Año Edad cumplida	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/>
[ ] [ ]	A. Permanece <input type="checkbox"/> - B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/> -FIN	Nombre 1º. Apellido 2º. Apellido D.N.I. / N.I.E.	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Hombre <input type="checkbox"/>	Día Mes Año Edad cumplida	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/>
[ ] [ ]	A. Permanece <input type="checkbox"/> - B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/> -FIN	Nombre 1º. Apellido 2º. Apellido D.N.I. / N.I.E.	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Hombre <input type="checkbox"/>	Día Mes Año Edad cumplida	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">C5</p> <p style="text-align: center;">NACIONALIDAD</p> <p style="text-align: center;">¿Cuál es su nacionalidad?</p>	<p style="text-align: center;">C6</p> <p style="text-align: center;">¿Está empadronado/a en este municipio?</p>	<p style="text-align: center;">C7</p> <p style="text-align: center;">PARENTESCO O RELACIÓN CON LA PRIMERA PERSONA</p> <p style="text-align: center;">Señale con un aspa (X) en la casilla correspondiente al tipo de parentesco a que pertenezca el caso descrito</p>	<p style="text-align: center;">C8</p> <p style="text-align: center;">CÓNYUGE</p> <p style="text-align: center;">Indique si tiene cónyuge o pareja y éste reside en la vivienda y su número de orden</p>	<p style="text-align: center;">C9</p> <p style="text-align: center;">MADRE</p> <p style="text-align: center;">Indique si su madre reside en la vivienda y su número de orden</p>	<p style="text-align: center;">C10</p> <p style="text-align: center;">PADRE</p> <p style="text-align: center;">Indique si su padre reside en la vivienda y su número de orden</p>
<p>A. Española <input type="checkbox"/></p> <p>B. Española y otras <input type="checkbox"/></p> <p>C. De un país de la UE <input type="checkbox"/></p> <p>D. De otro país <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/></p> <p>E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/></p> <p>F. Nieto/a <input type="checkbox"/></p> <p>G. Sobrino/a <input type="checkbox"/></p> <p>H. Otro pariente <input type="checkbox"/></p> <p>I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/></p> <p>J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>
<p>A. Española <input type="checkbox"/></p> <p>B. Española y otras <input type="checkbox"/></p> <p>C. De un país de la UE <input type="checkbox"/></p> <p>D. De otro país <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Primera persona <input type="checkbox"/></p> <p>B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/></p> <p>E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/></p> <p>F. Nieto/a <input type="checkbox"/></p> <p>G. Sobrino/a <input type="checkbox"/></p> <p>H. Otro pariente <input type="checkbox"/></p> <p>I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/></p> <p>J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>
<p>A. Española <input type="checkbox"/></p> <p>B. Española y otras <input type="checkbox"/></p> <p>C. De un país de la UE <input type="checkbox"/></p> <p>D. De otro país <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Primera persona <input type="checkbox"/></p> <p>B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/></p> <p>E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/></p> <p>F. Nieto/a <input type="checkbox"/></p> <p>G. Sobrino/a <input type="checkbox"/></p> <p>H. Otro pariente <input type="checkbox"/></p> <p>I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/></p> <p>J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>
<p>A. Española <input type="checkbox"/></p> <p>B. Española y otras <input type="checkbox"/></p> <p>C. De un país de la UE <input type="checkbox"/></p> <p>D. De otro país <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Primera persona <input type="checkbox"/></p> <p>B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/></p> <p>E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/></p> <p>F. Nieto/a <input type="checkbox"/></p> <p>G. Sobrino/a <input type="checkbox"/></p> <p>H. Otro pariente <input type="checkbox"/></p> <p>I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/></p> <p>J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>
<p>A. Española <input type="checkbox"/></p> <p>B. Española y otras <input type="checkbox"/></p> <p>C. De un país de la UE <input type="checkbox"/></p> <p>D. De otro país <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Primera persona <input type="checkbox"/></p> <p>B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/></p> <p>E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/></p> <p>F. Nieto/a <input type="checkbox"/></p> <p>G. Sobrino/a <input type="checkbox"/></p> <p>H. Otro pariente <input type="checkbox"/></p> <p>I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/></p> <p>J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persona número <input type="text"/></p>

# SELECCIÓN DE LA PERSONA DE REFERENCIA

F 2

C11

C12

C13

<p><b>TIPO DE GRUPO FAMILIAR</b></p> <p>Señale con una X si hay relaciones familiares entre las personas de la vivienda de cada uno de los siguientes tipos:</p>	<p>Señale, <b>para cada caso marcado</b>, el NÚMERO DE ORDEN (ver página anterior) de las siguientes personas:</p>	<p><b>PERSONA DE REFERENCIA</b></p> <p>Considerando la(s) persona(s) seleccionada(s) en la pregunta anterior, señale el número de orden de la única persona marcada, o, si hay varias, el número de orden de la persona de más edad.</p>
<p>1. Matrimonio o pareja con o sin hijos/as <input type="checkbox"/></p> <p>2. Padre solo con hijos/as <input type="checkbox"/></p> <p>3. Madre sola con hijos/as <input type="checkbox"/></p> <p>4. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Número de orden del cónyuge o pareja de mayor edad <input type="text"/></p> <p>2. Número de orden del padre (si hay más de uno, el de más edad) <input type="text"/></p> <p>3. Número de orden de la madre (si hay más de una, la de más edad) <input type="text"/></p> <p>4. Número de orden de la persona de más edad <input type="text"/></p>	<p>Persona número <input type="text"/></p> <p>Nombre <input type="text"/></p> <p>1º. Apellido <input type="text"/></p> <p>2º. Apellido <input type="text"/></p>

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA DE REFERENCIA

C14

C15

C16

C17

<p><b>ESTADO CIVIL LEGAL</b></p> <p>¿Cuál es el estado civil legal actual de la persona de referencia?</p>	<p>¿Ha residido siempre en ese municipio la persona de referencia?</p> <p>Se considera el municipio de nacimiento aquél en el que residían sus padres al nacer (no tener en cuenta circunstancias como nacer en una clínica situada en otro municipio).</p>	<p><b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b></p> <p>Señale desde dónde se trasladó la persona de referencia en el último cambio de residencia.</p>	<p><b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b></p> <p>¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que está realizando o ha realizado la persona de referencia?</p>
<p>A. Soltero/a <input type="checkbox"/></p> <p>B. Casado/a <input type="checkbox"/></p> <p>C. Viudo/a <input type="checkbox"/></p> <p>D. Divorciado/a, matrimonio anulado <input type="checkbox"/></p> <p>E. Separado/a legal <input type="checkbox"/></p> <p>F. Pareja de hecho registrada <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/> <b>C17</b></p>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/></p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/></p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/></p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Sin estudios <input type="checkbox"/></p> <p>B. Primarios <input type="checkbox"/> <small>(Enseñanza Primaria, EGB)</small></p> <p>C. Profesionales <input type="checkbox"/> <small>(Maestría profesional, FP1, FP2, Módulos profesionales, Ciclos formativos)</small></p> <p>D. Secundarios <input type="checkbox"/> <small>(ESO, BUP, COU, Bachillerato)</small></p> <p>E. Superiores <input type="checkbox"/> <small>(Estudios Universitarios, Ingenierías, Técnicas, Grados, Diplomaturas, Licenciaturas...)</small></p>

C18

C19

C20

<p><b>RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD</b></p> <p>Refiriéndonos a la semana pasada, señale cuál era la situación en relación con la actividad de la persona de referencia.</p>	<p><b>PROFESIÓN</b></p> <p>Señale cuál es la profesión principal u oficio que desempeña o el último que ha desempeñado la persona de referencia. Si no ha trabajado nunca indíquelo.</p>	<p><b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b></p> <p>Señale el sector económico en el que la desarrolla o ha desarrollado, así como cuál es o era su última situación profesional.</p>
<p>A. Ocupado/a <input type="checkbox"/></p> <p>B. Parado/a, busca 1º empleo <input type="checkbox"/></p> <p>C. Parado/a, ha trabajado antes <input type="checkbox"/></p> <p>D. Jubilado/a (ha trabajado) <input type="checkbox"/></p> <p>E. Otros/as pensionistas (no de jubilación) <input type="checkbox"/></p> <p>F. Escolar, menor, estudiante <input type="checkbox"/></p> <p>G. Labores del hogar <input type="checkbox"/></p> <p>H. Otros (rentista,...) <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca tuvo empleo <input type="checkbox"/> <b>F1</b></p> <p>A. Director/a o gerente/a (empresas y Administración Pública) <input type="checkbox"/></p> <p>B. Técnico/a o profesional científico e intelectual (ingeniero/a, médico/a, abogado/a,...) <input type="checkbox"/></p> <p>C. Técnico/a o profesional de apoyo (delineante/a, programador/a,...) <input type="checkbox"/></p> <p>D. Empleado/a, contable, administrativo/a u otros (incluye fuerzas armadas) <input type="checkbox"/></p> <p>E. Trabajador/a de los servicios de restauración, personales, protección o vendedores <input type="checkbox"/></p> <p>F. Trabajador/a cualificado en el sector agrícola, ganadero, forestal o pesquero <input type="checkbox"/></p> <p>G. Artesano/a o trabajador/a cualificado/a en la industria manufacturera o la construcción <input type="checkbox"/></p> <p>H. Operador/a de instalaciones, maquinaria o montador/a <input type="checkbox"/></p> <p>I. Trabajador/a elemental o trabajador/a no cualificado <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/> Resto</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>A. Empresario/a con personas asalariadas <input type="checkbox"/></p> <p>B. Autónomo/a <input type="checkbox"/></p> <p>C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/></p> <p>D. Cooperativista <input type="checkbox"/></p> <p>E. Con empleo asalariado fijo <input type="checkbox"/></p> <p>F. Con empleo asalariado eventual <input type="checkbox"/></p> <p>G. Otras situaciones <input type="checkbox"/></p>

# RELACIONES FAMILIARES

F 3

F1

F2

RELACIONES CON LA FAMILIA PRÓXIMA	FRECUENCIA DE LA RELACIÓN CON LA FAMILIA PRÓXIMA					
Indique si su grupo familiar mantiene relaciones con otros miembros de <b>su familia más próxima</b> -padres/madres, hermanos/as e hijos/as- <b>que no viven en esta vivienda.</b> (No considerar las reuniones para celebraciones puntuales: bodas, bautizos, etc.)	Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)					
	Diaria	Semanal	Mensual	Anual	Nunca	
A. No tienen <input type="checkbox"/>						
B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/>	F3					
	1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Se comunican por carta o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Van a visitarles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Vienen ellos/as a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Se reúnen para comer, cenar, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3

F4

RELACIONES CON OTROS FAMILIARES	FRECUENCIA DE LA RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES					
Señale si su grupo familiar mantiene relaciones con <b>otros familiares</b> -tíos/as, primos/as, otros parientes. (No considerar las reuniones para celebraciones puntuales, bodas, bautizos, etc.)	Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)					
	Diaria	Semanal	Mensual	Anual	Nunca	
A. No tienen <input type="checkbox"/>						
B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/>	F5					
	1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Se comunican por carta o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Van a visitarles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Vienen ellos/as a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Se reúnen para comer, cenar, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5

F6

RELACIONES CON AMIGOS/AS	FRECUENCIA DE LA RELACIÓN CON AMIGOS/AS					
Señale si su grupo familiar se relaciona con <b>amigos/as.</b>	Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)					
	Diaria	Semanal	Mensual	Anual	Nunca	
A. No tienen <input type="checkbox"/>						
B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/>	F7					
	1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Se comunican por carta o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Van a visitarles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Vienen ellos/as a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Se reúnen para comer, cenar, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7

F8

RELACIONES CON VECINOS/AS	FRECUENCIA DE RELACIÓN CON VECINOS/AS					
Señale si su grupo familiar se relaciona con <b>vecinos/as</b> .	Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)					
<p>A. No tienen <input type="checkbox"/></p> <p>B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/></p> <p>C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/></p>	Diaria	Semanal	Mensual	Anual	Nunca	
<p>M1</p>	1. Hablan en la escalera, portal, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Van a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Vienen ellos/as a la suya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Se reúnen para comer, cenar, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MEDIO AMBIENTE**

M1

M2

¿Existe en el barrio, pueblo o zona donde reside, alguno de los siguientes problemas? (Responda a todas)	¿Se ha visto su grupo familiar, o alguno de sus miembros, afectado en los últimos 3 años por alguno de los siguientes problemas? (Responda a todas)
<p>Sí      No</p>	<p>Sí      No</p>
1. Delincuencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Robo en la vivienda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Droga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Robo dentro del coche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Mendicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Robo en otras propiedades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Prostitución <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Agresiones físicas o sexuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Agresividad en las relaciones sociales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Robo del coche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Alcoholismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. Problemas étnicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

M3

M4

M5

M6

MOLESTIAS EXTERNAS	CONTAMINACIÓN		
¿Suele tener que cerrar las ventanas de alguna habitación debido a <b>molestias externas</b> (ruidos, humos, malos olores)?	Señale la frecuencia de las molestias externas.	¿Existen en el barrio, pueblo o zona donde vive, o en sus proximidades, <b>industrias contaminantes</b> del aire y/o de los ríos?	Señale la frecuencia de la contaminación.
<p>A. No <input type="checkbox"/> M5</p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	A. Diaria <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> V1	A. Diaria <input type="checkbox"/>
	B. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	B. De vez en cuando <input type="checkbox"/>
	C. Casi nunca <input type="checkbox"/>	C. No sabe <input type="checkbox"/> V1	C. Casi nunca <input type="checkbox"/>

# EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

F 5

V1

V2

Indique qué servicios tiene o no tiene la vivienda. (Responda a todas)			¿Cual es la principal fuente de calor de la vivienda?	
	Tiene	No tiene		
1. Agua caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Calefacción central	<input type="checkbox"/>
2. Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Caldera individual de gas, eléctrica...	<input type="checkbox"/>
3. Cuarto trastero/camarote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. Radiadores eléctricos en cada habitación	<input type="checkbox"/>
4. Armarios empotrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. Radiadores o placas eléctricas en alguna habitación	<input type="checkbox"/>
5. Puerta de servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. Estufa de gas	<input type="checkbox"/>
6. Puerta blindada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Otros tipos	<input type="checkbox"/>
7. Cerradura de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Gas distribuido por tubería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Algún sistema de calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -V3		

V3

V4

Indique qué equipamientos del hogar tiene o no tiene la vivienda. (Responda a todas)			Indique el número de espacios que componen la vivienda habitual, metros cuadrados útiles y tenencia de vivienda(s) secundaria(s). (Responda a todas)	
	Tiene	No tiene		Nº
1. Teléfono fijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Vestíbulo o hall	<input type="text"/>
2. Frigorífico-congelador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Cocina	<input type="text"/>
3. Frigorífico sólo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cuarto de baño	<input type="text"/>
4. Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Aseo o retrete	<input type="text"/>
5. Lavavajillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Salón/comedor	<input type="text"/>
6. Cocina vitrocerámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Sala de estar	<input type="text"/>
7. Horno de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Comedor	<input type="text"/>
8. Horno eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Despacho	<input type="text"/>
9. Secadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Dormitorios	<input type="text"/>
10. Robot multiuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Otras habitaciones	<input type="text"/>
11. Batidora eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Despensa	<input type="text"/>
12. Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Terraza	<input type="text"/>
13. Exprimidor eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Total espacios	<input type="text"/>
14. Horno microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Total metros cuadrados	<input type="text"/>
15. Aspiradora, vaporeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Viviendas secundarias	<input type="text"/>

V5

V6

Indique el equipamiento audiovisual e informático (de cualquier miembro de la familia). (Responda a todas)				Indique el equipamiento deportivo (de cualquier miembro de la familia). (Responda a todas)				
	Tiene	No tiene		Tiene	No tiene		Tiene	No tiene
1. Teléfono móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. TV por satélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Equipo de música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Teletexto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Motocicleta de menos de 50 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Radio transistor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Vídeo/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Palas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reproductor de música (MP3, MP4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Videoconsola de juegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Raquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cámara fotográfica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Ordenador, PC, Portátil, Tablet...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Tabla de surf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Equipo de filmación/Videocámara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Escopeta de caza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Proyector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Caña de pescar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. TV color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Impresora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Equipo de esquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. TV de pago/por cable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Lector/grabador CD-ROM/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Tienda de camping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V7

V8

V9

V10

<p>Indique el número de vehículos propios o de la empresa para uso privado y marca de los mismos. (Responda a todas)</p>	<p>Indique el régimen de tenencia de la vivienda.</p>	<p>¿Se han planteado cambiar de vivienda en el último año?</p>	<p>¿Por qué motivo? Elija la(s) respuesta(s)</p>
<p>1. Motocicletas (más de 50 cc) <input type="checkbox"/></p> <p>2. ----- (Marca y cilindrada)</p> <p>3. Coches (incluir monovolumen) <input type="checkbox"/></p> <p>4. ----- (Marca y modelo)</p> <p>5. Furgonetas <input type="checkbox"/></p> <p>6. Caravanas <input type="checkbox"/></p> <p>7. Embarcaciones de recreo <input type="checkbox"/></p>	<p>A. En propiedad y totalmente pagada <input type="checkbox"/></p> <p>B. En propiedad, con pagos aplazados <input type="checkbox"/></p> <p>C. Facilitada por la empresa <input type="checkbox"/></p> <p>D. En alquiler sin muebles <input type="checkbox"/></p> <p>E. En alquiler con muebles <input type="checkbox"/></p> <p>F. Otras formas <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> -E1</p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Tamaño inadecuado <input type="checkbox"/></p> <p>2. No tiene ascensor <input type="checkbox"/></p> <p>3. Mal estado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mala ubicación <input type="checkbox"/></p> <p>5. Buscar vivienda unifamiliar o adosada <input type="checkbox"/></p> <p>6. Desea vivienda en propiedad (vive en alquiler) <input type="checkbox"/></p> <p>7. Otros motivos <input type="checkbox"/></p>

### EQUIPAMIENTO DEL ENTORNO

E1

E2

<p>Indique el tipo de vivienda en la que reside.</p>	<p>Señale las características del edificio. (Responda a todas)</p>
<p>A. Casa unifamiliar en urbanización o complejo urbanístico <input type="checkbox"/></p> <p>B. Casa unifamiliar en alineamiento regular, adosado <input type="checkbox"/> -E3</p> <p>C. Casa unifamiliar aislada <input type="checkbox"/></p> <p>D. Piso o apartamento en edificio de urbanización o complejo urbanístico <input type="checkbox"/></p> <p>E. Piso o apartamento en edificio en alineamiento regular <input type="checkbox"/></p> <p>F. Piso o apartamento en edificio aislado <input type="checkbox"/></p> <p>G. Vivienda en edificio destinado a otros fines <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Planta número <input type="text"/></p> <p>2. Número de viviendas de la planta <input type="text"/></p> <p>3. Número de plantas del edificio <input type="text"/></p> <p>4. Número total de viviendas <input type="text"/></p>

E3

E4

<p>Indique que servicios tiene o no tiene el edificio. (Responda a todas)</p>	<p>Indique que equipamientos deportivos o de recreo tiene o no tiene el edificio o urbanización. (Responda a todas)</p>																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tiene</th> <th>No tiene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Ascensor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Garaje (del edificio)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Calefacción central</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Agua caliente central</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Escalera de incendios</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Portero automático</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Antena parabólica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Locales/establecimientos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Edificio adaptado (sin barreras arquitectónicas, ascensor cota cero, rampas de acceso, acceso a vivienda sin escaleras)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tiene	No tiene	1. Ascensor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Garaje (del edificio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Calefacción central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Agua caliente central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Escalera de incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Portero automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Antena parabólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Locales/establecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Edificio adaptado (sin barreras arquitectónicas, ascensor cota cero, rampas de acceso, acceso a vivienda sin escaleras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tiene</th> <th>No tiene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Frontón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Pista de tenis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Jardín infantil</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Piscina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Parking privado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Césped</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tiene	No tiene	1. Frontón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Pista de tenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Jardín infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Piscina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Parking privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Césped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiene	No tiene																																																		
1. Ascensor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
2. Garaje (del edificio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
3. Calefacción central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
4. Agua caliente central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
5. Escalera de incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
6. Portero automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
7. Antena parabólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
8. Locales/establecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
9. Edificio adaptado (sin barreras arquitectónicas, ascensor cota cero, rampas de acceso, acceso a vivienda sin escaleras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Tiene	No tiene																																																		
1. Frontón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
2. Pista de tenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
3. Jardín infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
4. Piscina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
5. Parking privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
6. Césped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		



E5

E6

Indique qué servicios y equipamientos hay o no en el entorno próximo. <b>No más de 10 minutos andando.</b> (Responda a todas)	Indique qué servicios y equipamientos hay o no en el entorno próximo. <b>No más de 20 minutos andando.</b> (Responda a todas)
---	---

	Hay	No hay		Hay	No hay
1. Supermercado/Autoservicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Mercado municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Carnicería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Restaurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pescadería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Ambulatorio/Médico de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Panadería/Lechería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Centro de Educación Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frutería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Librería/Tienda de música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tienda de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Biblioteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Guardería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Hogar del jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Droguería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Correos/Telégrafos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cafetería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Banco o Caja de Ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Parque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Teléfono público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Parada de taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Venta de prensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Cine/Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jardín/Plaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Frontón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Parada de autobús urbano, metro o tranvía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Polideportivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			16. Oficina de atención ciudadana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17. Servicio social de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RECURSOS ECONÓMICOS**

R1

R2

R3

R4

R5

¿Tienen ustedes servicio doméstico?	Respecto a cada una de las labores del hogar que se indican, señale si su familia recibe ayuda de personas de otros hogares para las tareas que se mencionan. Elija la(s) respuesta(s)	Si recibe ayuda de otros hogares, señale las horas semanales totales.	¿Reciben ellos a cambio alguna compensación material por esas ayudas?	Con los ingresos actuales ¿cómo llegan a final de mes?
-------------------------------------	---	---	---	--

A. No tienen <input type="checkbox"/>  B. Tienen y reside en la vivienda <input type="checkbox"/>  C. Tienen pero no reside en la vivienda <input type="checkbox"/>	A. No recibe <input type="checkbox"/> <b>R5</b> B. 1. Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc) <input type="checkbox"/> 2. Preparación de las comidas <input type="checkbox"/> 3. Fregado de vajilla <input type="checkbox"/> 4. Preparación de la ropa (coser, lavar, plancha) <input type="checkbox"/> 5. Limpieza de la casa <input type="checkbox"/> 6. Cuidado de los niños/as <input type="checkbox"/> 7. Cuidado a personas mayores y/o dependientes <input type="checkbox"/> 8. Otras actividades menores <input type="checkbox"/>	[ ] [ ] [ ] [ ] Horas	A. No <input type="checkbox"/>  B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Con apuros <input type="checkbox"/>  B. Sin dificultad <input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--	--

R6

R7

R8

R9

R10

R11

R12

Señale si su familia se ha visto obligada en los últimos 3 años a imponerse restricciones económicas de cualquier tipo.	¿Cuáles fundamentalmente? Elija la(s) respuesta(s)	Refiriéndose a su presupuesto familiar, indique si se arregla mejor o peor que hace 3 años.	¿Ha pedido alguien de su grupo familiar ayuda económica a otros familiares o amigos/as en los últimos 3 años para hacer frente a cualquier tipo de gasto extraordinario?	Indique si considera que sus ingresos actuales son estables.	Número de personas en la familia que perciben ingresos regularmente.	¿Cuáles son los ingresos familiares globales netos del mes pasado (en euros)?
---	--	---	--	--	--	---

A. No <input type="checkbox"/> <b>R8</b>  B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Alimentación <input type="checkbox"/> 2. Vestido y calzado <input type="checkbox"/> 3. Cuidados médicos <input type="checkbox"/> 4. Equipamiento del hogar <input type="checkbox"/> 5. Ocio y tiempo libre (incluye tabaco y bebida) <input type="checkbox"/> 6. Suministros energéticos (luz, agua, gas, calefacción) <input type="checkbox"/> 7. Otros <input type="checkbox"/>	A. Mejor <input type="checkbox"/>  B. Peor <input type="checkbox"/>  C. Igual <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>  B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>  B. Sí <input type="checkbox"/>	[ ] [ ] [ ]	1. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] € 2. A. Hasta 500 € <input type="checkbox"/> B. 501-1.000 € <input type="checkbox"/> C. 1.001-1.500 € <input type="checkbox"/> D. 1.501-2.000 € <input type="checkbox"/> E. 2.001-2.500 € <input type="checkbox"/> F. 2.501-3.500 € <input type="checkbox"/> G. Más de 3.500 € <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	-------------	---

# ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2019

Buenos días/tardes/noches:

El **Euskal Estatistika-Erakundea/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 una vez cada 5 años, es oficial y por ello de respuesta obligatoria.

¿Podría dedicarme unos minutos?

## CUESTIONARIO INDIVIDUAL

### CONDICIONES DEL INFORMANTE AUXILIAR

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

NUMC

ENTREVISTADOR/A

Hora comienzo:  :

Hora fin:  :

FECHA DE LA ENTREVISTA    1. Día     2. Mes     3. Año

NIND Número de orden del informante del cuestionario individual

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

**TELÉFONO GRATUITO:** 900 101 963

**e-mail:** [ecv@eustat.eus](mailto:ecv@eustat.eus)

**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 3/2014, de 13 de noviembre, del Plan Vasco de Estadística 2014-2017, 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, Vd. 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.

11	12	13	14	15	16
¿Asiste a algún centro educativo o de cuidado de niños/as?	Con independencia de que su profesión sea o no la de estudiante, ¿realiza actualmente estudios reglados?	<b>ESTUDIOS EN CURSO</b> Señale los estudios de más alto nivel <b>que esté realizando</b> .	<b>SISTEMA DE ENSEÑANZA Y HORARIO ESCOLAR</b> 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"/> (114) B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> (114) B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Infantil-Primaria <input type="checkbox"/> B. Profesionales <input type="checkbox"/> C. Secundarios <input type="checkbox"/> D. 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. Cursos, cursos de academias con un máximo de 2 horas día <input type="checkbox"/> F. Estudios a distancia (Internet, por correspondencia...) <input type="checkbox"/> (19)	<input type="text"/> Kms.  <input type="text"/> Metros	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"/>

17	18	19	110	111	112	113
Indique el tiempo que tarda, normalmente, desde su domicilio al centro de estudio.	Habitualmente, ¿vuelve a casa a comer?	<b>CURSOS REPETIDOS</b> 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.
<input type="text"/> Horas  <input type="text"/> Minutos	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> (111) 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 Oficial Idiomas,...) <input type="checkbox"/> E. En más de uno de los anteriores <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> (124) 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"/>	<input type="text"/> Horas (124)

114	115	116	117	118	119
¿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.?	<b>ESTUDIOS REALIZADOS</b> Indique los estudios de <b>más alto nivel realizados y aprobados</b> .	Indique la edad a la que finalizó los estudios señalados.
A. No <input type="checkbox"/> (124) B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> (125) 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"/> (125) 2. A. Estudios primarios (Enseñanza Primaria, EGB) <input type="checkbox"/> B. Estudios profesionales (Maestría Profesional, FP1 y FP2, Módulos Profesionales, Ciclos Formativos) <input type="checkbox"/> C. Estudios secundarios (Bachillerato, BUP, COU, ESO) <input type="checkbox"/> D. Estudios superiores (Ingenierías Técnicas, ATS/DUE, Magisterio, Arquitectura, Medicina, Derecho,...) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Edad

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

**IDIOMAS**

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

(130)	(131)	(132)	(133)																																																												
<b>CONOCIMIENTO DE OTROS IDIOMAS</b> Señale los otros idiomas que conoce. Elija la(s) respuesta(s)	¿Cual es su conocimiento de inglés? (Responda a todas)	¿Cual es su conocimiento de francés? (Responda a todas)	¿Cual es su conocimiento de otro idioma comunitario? (Responda a todas)																																																												
1. Inglés <input type="checkbox"/> 2. Francés <input type="checkbox"/> (132) 3. Otro idioma comunitario <input type="checkbox"/> (133) 4. Otros idiomas <input type="checkbox"/> 5. No conoce <input type="checkbox"/> (S1)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Nada</td> <td style="text-align: center;">Con dificultad</td> <td style="text-align: center;">Bien</td> </tr> <tr> <td>1. Lee</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Escribe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Entiende</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Habla</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nada	Con dificultad	Bien	1. Lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Nada</td> <td style="text-align: center;">Con dificultad</td> <td style="text-align: center;">Bien</td> </tr> <tr> <td>1. Lee</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Escribe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Entiende</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Habla</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nada	Con dificultad	Bien	1. Lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Nada</td> <td style="text-align: center;">Con dificultad</td> <td style="text-align: center;">Bien</td> </tr> <tr> <td>1. Lee</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Escribe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Entiende</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Habla</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nada	Con dificultad	Bien	1. Lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nada	Con dificultad	Bien																																																												
1. Lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
2. Escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
3. Entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
4. Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
	Nada	Con dificultad	Bien																																																												
1. Lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
2. Escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
3. Entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
4. Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
	Nada	Con dificultad	Bien																																																												
1. Lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
2. Escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
3. Entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
4. Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												

S1	S2	S3	S4																												
Señale si tiene alguna de las siguientes situaciones de discapacidad y/o trastorno grave de salud. 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. Visual grave (ceguera) <input type="checkbox"/> 2. Auditiva y/o del lenguaje (sordera,...) <input type="checkbox"/> 3. Otras físicas (motórica,...) <input type="checkbox"/> 4. Intelectual (síndrome de Down) <input type="checkbox"/> 5. Psíquica grave (enfermedad mental) <input type="checkbox"/> 6. Enfermedad crónica <input type="checkbox"/> 7. No tiene ninguna <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> <b>S4</b>  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 solo</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 solo	<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 solo	<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"/> <b>S7</b>  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"/> <b>S10</b>  B. Sí <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nº veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Médico/a de cabecera</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Médicos/as especialistas</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Practicante, ATS/DUE</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Farmacéutico/a</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Óptico/a</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Psiquiatra/Psicólogo/a</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/as sanitarios/as</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nº veces	1. Médico/a de cabecera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Médicos/as especialistas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Practicante, ATS/DUE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Óptico/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Psiquiatra/Psicólogo/a	<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/as sanitarios/as	<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"/> <b>S13</b>  B. Sí <input type="checkbox"/>
	Nº veces																									
1. Médico/a de cabecera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
2. Médicos/as especialistas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
3. Practicante, ATS/DUE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
4. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
5. Óptico/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
6. Psiquiatra/Psicólogo/a	<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/as sanitarios/as	<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?	Señale la 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, 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"/> <b>S15</b>  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 periodicidad <input type="checkbox"/> E. Sólo chequeos de empresa <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> <b>S17</b>  B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Médico/a de familia <input type="checkbox"/> 2. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 3. Farmacéutico/a <input type="checkbox"/> 4. Familiares, amigos/as o conocidos/as <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
¿Tiene 16 o más años?	¿Tenía en la semana pasada un empleo continuado (de más de 6 meses de duración total)?	¿Realizó durante la semana pasada alguna actividad o trabajo remunerado, por muy pequeño que este fuera y de cualquier tipo (clases particulares, fontanería, electricidad, costura, etc.)?	¿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)
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
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

T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
Indique el tipo de trabajo según el horario.	Indique el tipo de jornada.	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?
A. En turnos <input type="checkbox"/>	A. Continua <input type="checkbox"/>	A. Ningún control <input type="checkbox"/>	A. Ninguno <input type="checkbox"/> T12	A. No <input type="checkbox"/>	Siempre    A veces    Nunca	A. No <input type="checkbox"/>
B. En horario fijo <input type="checkbox"/>	B. Partida <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>
C. Sin horario <input type="checkbox"/> T10		C. Fichaje con firma <input type="checkbox"/>	C. 2 días <input type="checkbox"/>		2. Domingo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		D. Trabajo en cadena <input type="checkbox"/>	D. 3 o más días <input type="checkbox"/>			
		E. Control de producción <input type="checkbox"/>				
		F. Otros tipos <input type="checkbox"/>				

T13	T14	T15	T16	T17	T18
¿Cuál es la distancia desde su casa al lugar de trabajo?	¿Cómo realiza habitualmente este trayecto?	¿Cual es la 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"/> Km.	A. En coche <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Horas	A. No <input type="checkbox"/>	1. No <input type="checkbox"/>	1. Malos olores <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Metros	B. En tren/metro <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"/>
	C. En bus urbano o interurbano/tranvía <input type="checkbox"/>			3. Accidente en el trayecto al trabajo <input type="checkbox"/>	3. Mala ventilación <input type="checkbox"/>
	D. En autobús de empresa <input type="checkbox"/>			4. Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	4. Mala iluminación <input type="checkbox"/>
	E. Andando <input type="checkbox"/>				5. Humedad <input type="checkbox"/>
	F. En bici/motocicleta <input type="checkbox"/>				6. Excesivo frío en invierno <input type="checkbox"/>
	G. Combinando varios <input type="checkbox"/>				7. Excesivo calor en verano <input type="checkbox"/>
	H. Otras formas <input type="checkbox"/>				8. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>
	I. No se desplaza <input type="checkbox"/> T16				

T19

T20

T21

1. ¿Cuál es la <b>ocupación u oficio</b> que desempeña o el último que ha desempeñado? 2. ¿Cuál es la <b>actividad</b> o qué hace el establecimiento en el que trabaja o dirige (trabajaba o dirigía)?	¿Cuál es o era su <b>situación profesional</b> ?	Indique el tipo de contrato eventual.
---	--	---------------------------------------

<b>1. Ocupación u oficio</b> A. Director/a o gerente (empresas y Administración Pública) <input type="checkbox"/>		A. Empresario/a con personas asalariadas <input type="checkbox"/>	A. Formación / prácticas <input type="checkbox"/>
B. Técnico/a o profesional científico e intelectual (ingeniero/a, médico/a, abogado/a,...) <input type="checkbox"/>		B. Autónomo/a, sin personas asalariadas <input type="checkbox"/>	B. Estacional o de temporada <input type="checkbox"/>
C. Técnico/a o profesional de apoyo (delineante, programador/a,...) <input type="checkbox"/>		C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/>	
D. Empleado/a, contable, administrativo/a u otros (incluye fuerzas armadas) <input type="checkbox"/>		D. Cooperativista <input type="checkbox"/>	C. En periodo de prueba <input type="checkbox"/>
E. Trabajador/a servicios de restauración, personales, protección o vendedores /as <input type="checkbox"/>		E. Asalariado/a fijo sector privado <input type="checkbox"/>	
F. Trabajador/a cualificado/a en el sector agrícola, ganadero, forestal o pesquero <input type="checkbox"/>		F. Asalariado/a fijo Administración o empresa de propiedad Pública <input type="checkbox"/>	D. Cubre una ausencia <input type="checkbox"/>
G. Artesano/a o trabajador/a cualificado/a en la industria manufacturera o la construcción <input type="checkbox"/>		G. Asalariado/a eventual sector privado <input type="checkbox"/>	
H. Operador/a de instalaciones, maquinaria o montador/a <input type="checkbox"/>		H. Asalariado/a eventual Administración o empresa pública <input type="checkbox"/>	E. Obra o servicio <input type="checkbox"/>
I. Trabajador/a elemental o trabajador/a no cualificado/a <input type="checkbox"/>		I. Otras situaciones (comunidades religiosas, etc.) <input type="checkbox"/>	
<b>2. Actividad del establecimiento</b>			
A. Agricultura y pesca <input type="checkbox"/>			
B. Industria y energía <input type="checkbox"/>			
C. Construcción <input type="checkbox"/>			
D. Comercio, hostelería y transporte <input type="checkbox"/>			
E. Banca, seguros y servicios a empresas <input type="checkbox"/>			
F. Otras actividades de servicios <input type="checkbox"/>			

T22

T23

T24

T25

T26

T27

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

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

T28

T29

T30

T31

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

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

L1

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

	Habitualmente	Fines de semana	Vacaciones	Alguna vez al año	Nunca		Habitualmente	Fines de semana	Vacaciones	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, ....	<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

L6

Indique los días de vacaciones que disfrutó en <b>los últimos 12 meses</b> 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.	Señale el tipo de residencia que utilizó durante las vacaciones de mayor duración.	Indique el motivo principal por el que no ha disfrutado al menos de una semana de vacaciones fuera del domicilio habitual	Indique la frecuencia con la que acostumbra a viajar los fines de semana, ya sea con el resto de la familia o no.
---	---	--	---	---

<b>A. No disfrutó de vacaciones</b> <input type="checkbox"/> <b>L5</b> Con la familia Sí No Días de vacaciones Días fuera de casa	A. C. A de Euskadi <input type="checkbox"/>	A. Camping <input type="checkbox"/>	1. Económico (no se lo pudo permitir) <input type="checkbox"/> 2. Laboral (sin vacaciones, búsqueda de empleo,...) <input type="checkbox"/> 3. Estudio (preparación de exámenes, realización de cursos, ...) <input type="checkbox"/> 4. Cuidado de personas (dependientes, menores, enfermos,...) <input type="checkbox"/> 5. Salud (de baja por enfermedad,...) <input type="checkbox"/> 6. Por decisión personal (disfrute de casa, de la ciudad,...) <input type="checkbox"/> 7. Otros motivos <input type="checkbox"/>	A. Todos los fines de semana <input type="checkbox"/> B. Casi todos los fines de semana <input type="checkbox"/> C. En alguna época del año <input type="checkbox"/> D. Alguna vez <input type="checkbox"/> E. Nunca <input type="checkbox"/>	
	B. 1. Navidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	B. España <input type="checkbox"/>			B. Residencia subvencionada <input type="checkbox"/>
	2. Semana Santa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C. Europa <input type="checkbox"/>			C. Hotel o pensión <input type="checkbox"/>
	3. Julio-Agosto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	D. África <input type="checkbox"/>			D. En apart. o vivienda de alquiler <input type="checkbox"/>
	4. Junio, Septiembre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	E. América <input type="checkbox"/>			E. En vivienda propia secundaria <input type="checkbox"/>
	5. Otras fechas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F. Asia <input type="checkbox"/>			F. En casa de familiares o amigos/as <input type="checkbox"/>
	G. Oceanía <input type="checkbox"/>	G. En la vivienda habitual <input type="checkbox"/>			

L7

L8

L9

L10

Indique la hora a la que se levanta <b>un día de actividad normal</b> . (no incluye fines de semana).	Indique la hora a la que se acuesta <b>un día de actividad normal</b> . (no incluye fines de semana).	Indique la 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 <b>un día de actividad normal</b> 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 Minutos	A. Horario irregular <input type="checkbox"/> B. Horario regular <input type="checkbox"/> Hora Minutos	Todas las semanas Alguna vez al mes Alguna vez al año Nunca	Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>
		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"/>	





B1

B2

En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....?	En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....? (Responda a todas)
---	---

<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">No sabe</td> <td style="text-align: center;">No contesta</td> </tr> <tr> <td>1. Su vida en la actualidad?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Sus relaciones personales?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. La situación económica de su hogar?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Su vivienda?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. La calidad de la zona en la que vive?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		No sabe	No contesta	1. Su vida en la actualidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sus relaciones personales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. La situación económica de su hogar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Su vivienda?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. La calidad de la zona en la que vive?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">No trabaja</td> <td style="text-align: center;">No se desplaza</td> <td style="text-align: center;">No sabe</td> <td style="text-align: center;">No contesta</td> </tr> <tr> <td>1. Su trabajo actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. El tiempo empleado para ir a su trabajo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		No trabaja	No se desplaza	No sabe	No contesta	1. Su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. El tiempo empleado para ir a su trabajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No sabe	No contesta																																						
1. Su vida en la actualidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
2. Sus relaciones personales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
4. La situación económica de su hogar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
5. Su vivienda?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
6. La calidad de la zona en la que vive?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
	No trabaja	No se desplaza	No sabe	No contesta																																				
1. Su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. El tiempo empleado para ir a su trabajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				

B3

B4

B5

B6

En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no merece la pena y 10 que merece la pena totalmente, ¿En qué medida piensa que lo que hace en su vida merece la pena en general?	¿Tiene a alguien con quien hablar de temas personales?	Si la necesitase, ¿podría pedir ayuda a familiares que no sean miembros de su hogar o a amigos/as, o a vecinos/as?	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Con qué frecuencia..... (Responda a todas)
---	--	--	---

A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> C. No sabe <input type="checkbox"/> D. No contesta <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> C. Sin familiares ni amigos/as ni vecinos/as <input type="checkbox"/> D. No sabe <input type="checkbox"/> E. No contesta <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="text-align: center;">A. Siempre</td> <td style="text-align: center;">B. La mayor parte del tiempo</td> <td style="text-align: center;">C. Algunas veces</td> <td style="text-align: center;">D. Casi nunca</td> <td style="text-align: center;">E. Nunca</td> <td style="text-align: center;">F. No sabe</td> <td style="text-align: center;">G. No contesta</td> </tr> <tr> <td>1. Estuvo especialmente tenso/a?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Se sintió feliz?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		A. Siempre	B. La mayor parte del tiempo	C. Algunas veces	D. Casi nunca	E. Nunca	F. No sabe	G. No contesta	1. Estuvo especialmente tenso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A. Siempre	B. La mayor parte del tiempo	C. Algunas veces	D. Casi nunca	E. Nunca	F. No sabe	G. No contesta																																												
1. Estuvo especialmente tenso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
5. Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												

B7

B8

B9

En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que, en general, no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto diría usted que puede confiar en la mayor parte de las personas?	En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto confía personalmente en cada una de las siguientes instituciones? (Responda a todas)	¿Se siente seguro caminando a solas de noche en la zona en la que vive?
--	--	---

A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">A.</td> <td style="text-align: center;">B. No sabe</td> <td style="text-align: center;">C. No contesta</td> </tr> <tr> <td>1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Sistema judicial (Juzgados, Jueces/Juezas, Abogados/as,...)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Policía (Policía Nacional, Ertzantza, Guardia Civil,...)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		A.	B. No sabe	C. No contesta	1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sistema judicial (Juzgados, Jueces/Juezas, Abogados/as,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Policía (Policía Nacional, Ertzantza, Guardia Civil,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Muy seguro/a <input type="checkbox"/> B. Bastante seguro/a <input type="checkbox"/> C. Un poco inseguro/a <input type="checkbox"/> D. Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> E. No sabe <input type="checkbox"/> F. No contesta <input type="checkbox"/>
	A.	B. No sabe	C. No contesta															
1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
2. Sistema judicial (Juzgados, Jueces/Juezas, Abogados/as,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
3. Policía (Policía Nacional, Ertzantza, Guardia Civil,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

Muchas gracias por su colaboración

FIN ENCUESTA