



ID:	
Fecha:	
Hora:	

CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

I.- IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre familia	
Representante familia	

II.- DOMICILIO DE LA FAMILIA

Región		Comuna	
Provincia		Localidad	
Nombre calle		Casa n°	Block n° Depto n° Sitio n°
Agrupación habitacional			
Población / Villa			
Unidad vecinal		Zona Geográfica	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
Referencia domicilio			
Teléfono contacto	Fijo:	Celular:	Otro:
Correo electrónico			

III.- COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

1. Tipo de familia	
Categorías	Marque con una X
1. Unipersonal	
2. Nuclear monoparental	
3. Nuclear biparental	
4. Extendida monoparental	
5. Extendida biparental	
6. Censal	

IV.- CONDICIONES HABITACIONALES DE LA FAMILIA

1. Tipo de vivienda

1. Casa
2. Departamento
3. Pieza dentro de la vivienda
4. Mejora o mediagua
5. Rancho, ruca o choza
6. Vivienda de desechos (plásticos, latas, etc.)
7. Otro tipo de vivienda (móvil, carpa, vagón, container o similar)

2. ¿Bajo qué situación ocupa su vivienda?

1. Propia pagada
2. Propia pagándose
3. Arrendada
4. Cedida/uso gratuito
5. Usufructo (solo uso y goce)
6. Ocupación irregular

3. ¿Bajo qué situación ocupa el sitio en el que se encuentra la vivienda?

1. Propio pagado
2. Propio pagándose
3. Arrendado
4. Cedido/uso gratuito
5. Usufructo (solo uso y goce)
6. Ocupación irregular
7. Poseedor irregular

4. ¿La familia comparte el terreno con otra familia o con otra vivienda?

1. Con otra familia en la misma vivienda
2. Con otra vivienda en el mismo terreno
3. Con otra familia en la misma vivienda y con otra familia en el mismo terreno (3 o más familias)
4. No comparte vivienda ni terreno

5. Fuente de agua

1. Red pública con medidor propio
2. Red pública con medidor compartido
3. Red pública sin medidor
4. Pozo o noria
5. Río, vertiente o estero
6. Otra fuente (no potable)

6. Distribución de agua

1. Con llave dentro de la vivienda
2. Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
3. No tiene sistema, la acarrea

7. Sistema de baño

1. WC conectado a alcantarillado
2. WC conectado a fosa séptica
3. Cajón, letrina o WC sobre pozo negro, acequia, canal u otro sistema
4. No tiene

8. En relación a la fuente de energía eléctrica, el grupo familiar dispone de:

1. Red pública con medidor compartido
2. Red pública con medidor propio
3. Red pública sin medidor
4. Generador propio o comunitario
5. Placa solar
6. No dispone de energía eléctrica
7. Otra fuente

9. Estado de los pisos

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

10. Estado de los muros

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

11. Estado de los techos

1. Bueno
2. Aceptable
3. Malo

12. Número de habitaciones que se usan exclusivamente como dormitorios

13. ¿Cuenta con camas para cada uno de sus integrantes?

1. Sí
2. No

14. ¿Cuenta con vajilla y cubiertos para cada uno de sus integrantes?

1. Sí
2. No

15. ¿El acceso y desplazamiento por y hacia la vivienda es seguro para los integrantes de la familia?

1. Sí, totalmente
2. Medianamente
3. No

16. El sitio donde se emplaza la vivienda ¿Se encuentra libre de contaminación y basura?

1. Sí, totalmente
2. Medianamente
3. No

V.-CONDICIONES DEL HOGAR

1. En los últimos 3 meses, ¿usted o algún miembro de la familia tuvo que comer menos comidas diarias porque no había suficientes alimentos?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Nunca

2. En los últimos 3 meses debido a la falta de recursos económicos ¿usted o algún miembro de la familia se ha visto obligado a reducir los alimentos que consumen diariamente?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Nunca

3. ¿Los niños, niñas y adolescentes cuentan con un espacio físico reconocido y mobiliario para el desarrollo de tareas y/o actividades educativas? (Solo si hay personas en edad escolar)

1. Sí
2. No
3. No aplica

4. Existe un programa de apoyo a la dinámica familiar que busca mejorar las relaciones y vínculos entre los miembros de la familia ¿Le interesaría a usted participar? (Sólo si hay niños, niñas y/o adolescentes).

1. Sí
2. No
3. No lo sé

CARACTERIZACIÓN INTEGRANTE DE LA FAMILIA

I.- IDENTIFICACIÓN DEL INTEGRANTE (Se responde solo si el integrante se encuentra vigente en la familia)

Nombres			
Apellidos			
R.U.N.			
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
En cuanto a su género, ¿cómo se identifica usted?	<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/> 3. Otro. ¿Cuál?		
¿Se encuentra la persona vigente en la familia?	1. Sí, vigente en RSH <input type="checkbox"/> 2. Sí, nuevo integrante por nacimiento <input type="checkbox"/> 3. Si, nuevo integrante por incorporación al núcleo familiar <input type="checkbox"/> 4. No, por fallecimiento <input type="checkbox"/> 5. No, por salida de la familia <input type="checkbox"/> 6. No, porque se encuentra privado/a de libertad <input type="checkbox"/>		
Nacionalidad	1. Chilena (exclusivamente) <input type="checkbox"/>	2. Chilena y otra (doble nacionalidad) <input type="checkbox"/>	3. Extranjera <input type="checkbox"/>
Especifique país (en caso de ser extranjero/a o con doble nacionalidad)			
Con relación al permiso de residencia, ¿Cuál es su situación actual? (solo para extranjeros)			
1. Tiene permiso de residencia vigente	<input type="checkbox"/>		
2. Solicitó el permiso de residencia y está esperando para la obtención o renovación	<input type="checkbox"/>		
3. No tiene permiso de residencia	<input type="checkbox"/>		
4. Otra	<input type="checkbox"/>		
A cuál de los siguientes pueblos indígenas usted pertenece (Marcar todas las que correspondan)	1. A ninguna <input type="checkbox"/> 2. Aymará <input type="checkbox"/> 3. Rapa Nui <input type="checkbox"/> 4. Quechua <input type="checkbox"/> 5. Mapuche <input type="checkbox"/> 6. Atacameño <input type="checkbox"/> 7. Colla <input type="checkbox"/> 8. Alacalufe o Kawashkar <input type="checkbox"/> 9. Yagán <input type="checkbox"/> 10. Diaguita <input type="checkbox"/>		
Estado civil	1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Conviviente de hecho <input type="checkbox"/> 3. Casado/a <input type="checkbox"/> 4. Conviviente civil <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Viudo/a <input type="checkbox"/> 7. Separado/a de hecho <input type="checkbox"/> 8. Anulado/a <input type="checkbox"/>		
Datos de contacto (solo para mayores de 18 años)	Celular: _____ Otro teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____		
Parentesco con el jefe de hogar	1. Jefe/a de familia	<input type="checkbox"/>	
	2. Cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/>	
	3. Hijo/a de ambos	<input type="checkbox"/>	
	4. Hijo/a sólo del/a jefe/a de familia	<input type="checkbox"/>	
	5. Hijo/a sólo del cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/>	
	6. Padre o madre	<input type="checkbox"/>	
	7. Suegro/a	<input type="checkbox"/>	
Parentesco con el jefe de hogar	8. Yerno o nuera	<input type="checkbox"/>	
	9. Nieto/a	<input type="checkbox"/>	
	10. Bisnieto/a	<input type="checkbox"/>	
	11. Hermano/a	<input type="checkbox"/>	
	12. Cuñado/a	<input type="checkbox"/>	
	13. Abuelo/a	<input type="checkbox"/>	
	14. Otro familiar	<input type="checkbox"/>	
	15. Otro no familiar	<input type="checkbox"/>	
Nombre de la madre del integrante (si ésta pertenece al grupo familiar)			

II: EDUCACIÓN

1. ¿Usted sabe leer y escribir?
(Solo mayores de 15 años)

1. Sí
2. No
3. No se acuerda
4. No aplica

2. Actualmente, ¿esta persona asiste regularmente a algún establecimiento educacional, sala cuna o jardín infantil?

1. Sí
2. No

3. ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual?

1. Sin educación formal
2. Sala cuna
3. Jardín infantil (Medio menor y Medio mayor)
4. Prekinder / Kinder (Transición Menor y Transición Mayor)
5. Educación especial (Diferencial)
6. Preparatoria (sistema antiguo)
7. Educación Básica o Primaria
8. Humanidades (sistema antiguo)
9. Educación Media Científico-Humanista o Secundaria
10. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (sistema antiguo)
11. Educación Media Técnica Profesional
12. Técnico Nivel Superior (carreras 1 a 3 años)
13. Profesional (carreras 4 o más años)
14. Postgrado

4. ¿Terminó dicho nivel?

1. Sí, completo
2. No, incompleto

5. ¿Por qué razón no asiste? (Para quienes no asisten a un establecimiento escolar y no han terminado la educación escolar)

1. No lo considera necesario / no le interesa
2. Problemas de oferta en el territorio (restricción de oferta)
3. Problemas de traslado/acceso (vías, caminos, etc.)
4. Problemas económicos
5. Quehaceres del hogar
6. Cuidado de enfermo/s crónico/s o postrados
7. Cuidado de niña/os o embarazo
8. Enfermedad crónica o invalidez
9. No le parece pertinente la oferta (horarios, distancia, etc.)
10. Está trabajando
11. Otra razón

5.1. ¿Cuál? (Solo para quienes contestaron otra)

III: OCUPACIÓN (Sólo para mayores de 18 años)

1. ¿Se encuentra trabajando o realizando alguna actividad que genere ingresos para la mantención del grupo familiar? (Se entiende como «trabajando» a la persona que realiza una actividad remunerada en dinero o especies)

1. Sí
2. No (pasar a pregunta 4)

2. Actualmente ¿Cuál es su principal ocupación? (Que genera ingresos)

1. Patrón/a o empleador/a
2. Trabajador/a por cuenta propia/ emprendedor/a
3. Empleado/a u obrero/a
4. Servicio doméstico
5. FFAA y de orden

3. Su trabajo o actividad principal es: (marcar solo una alternativa):

1. Permanente
2. De temporada o estacional
3. Ocasional o eventual
4. A prueba
5. Por plazo o tiempo determinado

4. ¿Cuál es el principal motivo por el cual no se encuentra trabajando? (Solo si contestó que no se encuentra trabajando)

1. Comenzará pronto (dependiente o emprendimiento)
2. Busca trabajo, pero no encuentra
3. Se aburrió de buscar o cree que no encontrará trabajo
4. No tiene interés
5. No encuentra trabajo acorde a sus expectativas
6. Quehaceres del hogar
7. Cuidado de niña/os o embarazo
8. Enfermedad crónica o invalidez
9. Cuidado de enfermo crónico o postrado
10. Estudiante o en capacitación
11. Jubilado(a) o pensionado(a) o montepiado(a)
12. Servicio Militar
13. Otra razón

4.1 ¿Cuál? (Solo para quienes contestaron otra)

5. ¿Tiene interés en capacitarse laboralmente?

1. Sí
2. Sí, pero no en este momento
3. No (pasar a sección IV. Salud)
4. No lo sabe

6. Si tiene la posibilidad de capacitarse para generar o mejorar sus ingresos, optaría por (solo para quienes contestaron que sí en la pregunta anterior):

1. Capacitarse para un trabajo dependiente
2. Capacitarse para una actividad independiente o emprendimiento
3. Le interesan ambas
4. No sabe

IV. SALUD

1. ¿Presenta alguna de las siguientes condiciones de discapacidad? (Marcar todas las que correspondan)

- 1. Ceguera o dificultad para ver
- 2. Sordera o dificultad para oír
- 3. Discapacidades en la comunicación
- 4. Dificultad de origen físico (movilidad, marcha y toma de objetos: Parkinson, secuela de accidente vascular, artritis)
- 5. Discapacidad psíquica - intelectual
- 6. No, ninguna

2. ¿Puede salir solo(a) a la calle sin ayuda o compañía? (15 años o más)

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No aplica

3. ¿Puede hacer compras o ir al médico solo(a) sin ayuda o compañía? (15 años o más)

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No aplica

4. ¿Puede moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa? (15 años o más)

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No aplica

5. ¿Presenta usted alguna enfermedad crónica?

- 1. Sí
- 2. No (pasar a la pregunta 8)

5.1 ¿Cuál/es? (Solo para quienes contestaron sí) (Marcar todas las que correspondan)

- 1. Cáncer
- 2. Enfermedades cardiovasculares (Infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias, insuficiencia cardíaca)
- 3. Enfermedades respiratorias crónicas (Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (o EPOC))
- 4. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
- 5. Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2
- 6. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
- 7. Hipertensión arterial
- 8. Hemofilia
- 9. Artrosis de cadera y/o rodilla
- 10. Fibrosis quística
- 11. Artritis reumatoidea
- 12. Epilepsia
- 13. Enfermedad de Parkinson
- 14. Esclerosis múltiple
- 15. Fibromialgia
- 16. Hepatitis crónica por virus hepatitis B o C
- 17. Hipotiroidismo

- 18. Pérdida de piezas dentales o uso de prótesis dental
- 19. Depresión
- 20. Trastorno Depresivo Bipolar
- 21. Esquizofrenia
- 22. Lupus
- 23. Psoriasis
- 24. Consumo problemático de alcohol
- 25. Consumo problemático de drogas
- 26. Dislipidemia (problemas de colesterol o grasas)
- 27. Tabaquismo
- 28. Otra
- 5.2 ¿Cuál? (solo para quienes contestaron otra)

6. ¿Se encuentra actualmente recibiendo tratamiento para esta enfermedad? (Para quienes afirman tener una enfermedad)

- 1. Sí, para todas (pasar a pregunta 8)
- 2. No, para ninguna
- 3. Para algunas → ¿Para cuál/es no?

Indicar el número asociado a la enfermedad no tratada

7. ¿Cuál es la principal razón de por qué no? (Solo para quienes declararon no recibir tratamiento para al menos una enfermedad)

1. No lo considera necesario/ no le interesa
2. No está adscrito a un sistema de salud
3. No tiene acceso a atención en el territorio (tratamiento/medicamento/médico especialista).
4. Problemas de traslado/acceso (vías, caminos, etc.)
5. Problemas económicos (el tratamiento no está cubierto por el sistema de salud)
6. No tiene tiempo por su trabajo, quehaceres del hogar, cuidado de otras personas, entre otros.
7. Ha tenido mala experiencia/problemas en su centro de salud
8. Se encuentra en lista de espera/ no hay horas disponibles en el centro médico
9. Otra razón

7.1. ¿Cuál? (Solo para quienes contestaron otra)

8. ¿Se ha realizado el examen papanicolau (PAP) durante los últimos dos años? (Solo mujeres entre 15 y 65 años)

1. Sí
2. No
3. No sabe/No se acuerda
4. No aplica

9. ¿Se ha realizado alguna mamografía en los últimos dos años? (Solo mujeres entre 40 y 60 años)

1. Sí
2. No
3. No sabe/No se acuerda
4. No aplica

10. ¿Se ha realizado el EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) en los últimos dos años? (Solo 65 años o más)

1. Sí
2. No
3. No sabe/No se acuerda
4. No aplica