

ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES 2020

CONFIDENCIAL

EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR, NECESITAMOS HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS.

¿ME PERMITE CONTINUAR LA ENTREVISTA CON ESTE APARTADO?

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

APARTADO 1.1 INGRESOS MONETARIOS

| PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS, PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|------------------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|
| <p>1. Durante los meses de _____ a _____, ¿(NOMBRE) recibió dinero porque... <i>Periodo de referencia</i></p> <p style="text-align: right;">...tiene una beca? ...alguna persona no integrante del hogar le da una pensión para alimentación o para estudios, etcétera? ...le envían dinero de otro país?</p> <p>Cruce Sí <input type="checkbox"/> 1 <i>Registre el ingreso</i> NO <input type="checkbox"/> 2 <i>→ Pase a 2</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cruce el número del mes antes de iniciar la entrevista para el registro de los ingresos mensuales</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO | CLAVE | INGRESO DEL MES PASADO | | | | 2do. MES PASADO | | | | 3er. MES PASADO | | | | 4to. MES PASADO | | | | 5to. MES PASADO | | | | 6to. MES PASADO | | | |
| | | 07 | 08 | 09 | 10 | 06 | 07 | 08 | 09 | 05 | 06 | 07 | 08 | 04 | 05 | 06 | 07 | 03 | 04 | 05 | 06 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Pensiones originadas dentro del país | P032 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pensiones provenientes de otros países | P033 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Becas provenientes de instituciones privadas o de organismos no gubernamentales | P037 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Becas provenientes del gobierno | P038 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Donativos provenientes de organizaciones no gubernamentales | P039 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Donativos provenientes de otros hogares | P040 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingresos provenientes de otros países | P041 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente | P105 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro de Vida para Jefas de Familia | P107 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beneficios de otros programas sociales. (Especifique): | P048 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros ingresos por transferencias no considerados anteriormente. (Especifique): | P0__ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

→ Pase a 2

SECCIÓN I. INGRESOS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

APARTADO 1.1 INGRESOS MONETARIOS

PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS, PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR

2. ¿(NOMBRE) recibió algún ingreso diferente a lo que le mencioné?

Cruce Sí 1 *Registre el ingreso* *Cruce* NO 2 *Si el menor tiene MENOS de 5 años, pase a SECCIÓN II*
Si es de 5 o más años, continúe con la siguiente pregunta *Cruce el número del mes antes de iniciar la entrevista para el registro de los ingresos mensuales*

| CONCEPTO | CLAVE | INGRESO DEL MES PASADO | | | | 2do. MES PASADO | | | | 3er. MES PASADO | | | | 4to. MES PASADO | | | | 5to. MES PASADO | | | | 6to. MES PASADO | | | |
|--|-------|------------------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|
| | | 07 | 08 | 09 | 10 | 06 | 07 | 08 | 09 | 05 | 06 | 07 | 08 | 04 | 05 | 06 | 07 | 03 | 04 | 05 | 06 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Otros ingresos no considerados en los anteriores. (Especifique): | P0__ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si el menor tiene MENOS de 5 años → Pase a SECCIÓN II

SÓLO PARA LOS INTEGRANTES DEL HOGAR DE 5 A 11 AÑOS, PREGUNTAR AL RESPONSABLE DEL MENOR

3. Durante los meses de _____ a _____, ¿(NOMBRE) recibió algún pago porque...

Periodo de referencia

Cruce Sí 1 *Registre el ingreso* *Cruce* NO 2 *→ Pase a SECCIÓN II*

ZONA URBANA
 ...vendió dulces, botes de aluminio o cualquier otro producto por su cuenta?
 ...fue a cortar el pasto de varios vecinos?
 ...ayudó en una tienda, taller o en el supermercado y le pagaron?
 ...ayudó realizando mandados o quehaceres en una sola casa?

ZONA RURAL
 ...cuidó vacas, chivos, puercos, gallinas o realizó labores en el campo para varios patrones?
 ...cortó o recolectó leña, flores, frutos o capturó animales como peces, pájaros, víboras para venderlos por su cuenta?
 ...ayudó cuidando animales o realizando labores del campo para un solo patrón?
 ...ayudó en una tienda o en un taller haciendo artesanías?

Cruce el número del mes antes de iniciar la entrevista para el registro de los ingresos mensuales

| CONCEPTO | CLAVE | INGRESO DEL MES PASADO | | | | 2do. MES PASADO | | | | 3er. MES PASADO | | | | 4to. MES PASADO | | | | 5to. MES PASADO | | | | 6to. MES PASADO | | | |
|---------------------|-------|------------------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|-----------------|----|----|----|
| | | 07 | 08 | 09 | 10 | 06 | 07 | 08 | 09 | 05 | 06 | 07 | 08 | 04 | 05 | 06 | 07 | 03 | 04 | 05 | 06 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Ingreso por trabajo | P067 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCIÓN II. ACCESO A LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 12 AÑOS

Ahora, voy a hacerle unas preguntas sobre la última vez que tuvo un problema de salud para el que haya necesitado atención médica.

| SERVICIOS MÉDICOS | CONTROL DE PESO Y TALLA | LUGAR DE ATENCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|---|---------------------------|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <p>1. Actualmente, ¿(NOMBRE) se encuentra inscrito al Seguro Popular, o tiene derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)?</p> <p style="text-align: center;">Cruce</p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/></p> | <p>5. En los últimos 12 meses, ¿algún médico o enfermera ha pesado o medido a (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;">Cruce</p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/></p> | <p>9. ¿En dónde se atendió? <i>Escuche la respuesta y cruce uno o más códigos</i></p> <table border="0"> <tr><td>Centros de salud (Secretaría de Salud).....</td><td><input type="text" value="01"/></td></tr> <tr><td>Hospital o instituto (Secretaría de Salud).....</td><td><input type="text" value="02"/></td></tr> <tr><td>Seguro Social o IMSS.....</td><td><input type="text" value="03"/></td></tr> <tr><td>IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar.....</td><td><input type="text" value="04"/></td></tr> <tr><td>ISSSTE.....</td><td><input type="text" value="05"/></td></tr> <tr><td>ISSSTE estatal.....</td><td><input type="text" value="06"/></td></tr> <tr><td>Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI).....</td><td><input type="text" value="07"/></td></tr> <tr><td>Consultorios y hospitales privados.....</td><td><input type="text" value="08"/></td></tr> <tr><td>Consultorio de farmacias.....</td><td><input type="text" value="09"/></td></tr> <tr><td>Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etcétera.....</td><td><input type="text" value="10"/></td></tr> <tr><td>Otro (Especifique): <input type="text"/></td><td><input type="text" value="11"/></td></tr> <tr><td>Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).....</td><td><input type="text" value="12"/></td></tr> </table> | Centros de salud (Secretaría de Salud)..... | <input type="text" value="01"/> | Hospital o instituto (Secretaría de Salud)..... | <input type="text" value="02"/> | Seguro Social o IMSS..... | <input type="text" value="03"/> | IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar..... | <input type="text" value="04"/> | ISSSTE..... | <input type="text" value="05"/> | ISSSTE estatal..... | <input type="text" value="06"/> | Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI)..... | <input type="text" value="07"/> | Consultorios y hospitales privados..... | <input type="text" value="08"/> | Consultorio de farmacias..... | <input type="text" value="09"/> | Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etcétera..... | <input type="text" value="10"/> | Otro (Especifique): <input type="text"/> | <input type="text" value="11"/> | Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)..... | <input type="text" value="12"/> |
| Centros de salud (Secretaría de Salud)..... | <input type="text" value="01"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital o instituto (Secretaría de Salud)..... | <input type="text" value="02"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguro Social o IMSS..... | <input type="text" value="03"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar..... | <input type="text" value="04"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSSTE..... | <input type="text" value="05"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSSTE estatal..... | <input type="text" value="06"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF, INI)..... | <input type="text" value="07"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consultorios y hospitales privados..... | <input type="text" value="08"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consultorio de farmacias..... | <input type="text" value="09"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etcétera..... | <input type="text" value="10"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro (Especifique): <input type="text"/> | <input type="text" value="11"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)..... | <input type="text" value="12"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. ¿(NOMBRE) está inscrito para recibir atención médica por parte de alguna institución?</p> <p style="text-align: center;">Cruce</p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/> → Pase a 5</p> | <p style="text-align: center;">ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD</p> <p>6. ¿Cuándo fue la última vez que sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le impidiera realizar sus actividades cotidianas?</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">AÑO.</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MES.</td> </tr> </table> <p>Nunca <input type="text" value="1"/> → Pase a Entrevistador</p> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | AÑO. | | | | MES. | | <p style="text-align: center;">TIEMPO DE TRASLADO Y ESPERA</p> <p>10. ¿Cuánto tiempo tardó en llegar al lugar donde se atendió? <i>Escuche la respuesta y anote el tiempo</i></p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>:</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">HRS.</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MIN.</td> </tr> </table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | HRS. | | | MIN. | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AÑO. | | | | MES. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HRS. | | | MIN. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. ¿(NOMBRE) en qué institución está inscrito o tiene acceso a atención médica?</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <table border="0"> <tr><td>IMSS.....</td><td><input type="text" value="1"/></td></tr> <tr><td>ISSSTE.....</td><td><input type="text" value="2"/></td></tr> <tr><td>ISSSTE estatal.....</td><td><input type="text" value="3"/></td></tr> <tr><td>PEMEX, Defensa o Marina.....</td><td><input type="text" value="4"/></td></tr> <tr><td>IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar.....</td><td><input type="text" value="5"/></td></tr> <tr><td>Otro. (Especifique):.....</td><td><input type="text" value="6"/></td></tr> </table> <p><input type="text"/></p> | IMSS..... | <input type="text" value="1"/> | ISSSTE..... | <input type="text" value="2"/> | ISSSTE estatal..... | <input type="text" value="3"/> | PEMEX, Defensa o Marina..... | <input type="text" value="4"/> | IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar..... | <input type="text" value="5"/> | Otro. (Especifique):..... | <input type="text" value="6"/> | <p style="text-align: center;">ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>7. En esa ocasión, ¿buscó que lo atendieran?</p> <p style="text-align: center;">Cruce</p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/> → Pase a 13</p> | <p style="text-align: center;">TIEMPO DE TRASLADO Y ESPERA</p> <p>11. Cuando llegó al lugar, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendido? <i>Escuche la respuesta y anote el tiempo</i></p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>:</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">HRS.</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MIN.</td> </tr> </table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | HRS. | | | MIN. | | | |
| IMSS..... | <input type="text" value="1"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSSTE..... | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISSSTE estatal..... | <input type="text" value="3"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEMEX, Defensa o Marina..... | <input type="text" value="4"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar..... | <input type="text" value="5"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro. (Especifique):..... | <input type="text" value="6"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HRS. | | | MIN. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. ¿(NOMBRE) está inscrito por...</p> <p style="text-align: right;"><i>Lea y cruce uno o más códigos</i></p> <table border="0"> <tr><td>algún familiar en el hogar?.....</td><td><input type="text" value="3"/></td></tr> <tr><td>muerte del asegurado?.....</td><td><input type="text" value="4"/></td></tr> <tr><td>algún familiar de otro hogar?.....</td><td><input type="text" value="7"/></td></tr> <tr><td>No sabe.....</td><td><input type="text" value="8"/></td></tr> </table> | algún familiar en el hogar?..... | <input type="text" value="3"/> | muerte del asegurado?..... | <input type="text" value="4"/> | algún familiar de otro hogar?..... | <input type="text" value="7"/> | No sabe..... | <input type="text" value="8"/> | <p>8. ¿Recibió atención?</p> <p style="text-align: center;">Cruce</p> <p>SÍ <input type="text" value="1"/></p> <p>NO <input type="text" value="2"/> → Pase a 14</p> | <p style="text-align: center;">PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>12. En aquella ocasión, ¿tuvo que pagar por algunos de los siguientes rubros? <i>Lea todas las opciones y cruce los códigos indicados</i></p> <table border="0"> <tr><td>Consulta.....</td><td><input type="text" value="1"/></td><td rowspan="7" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td><td rowspan="7" style="vertical-align: middle;"><i>Pase a Entrevistador</i></td></tr> <tr><td>Medicamentos.....</td><td><input type="text" value="2"/></td></tr> <tr><td>Estudios de laboratorio.....</td><td><input type="text" value="3"/></td></tr> <tr><td>Hospitalización.....</td><td><input type="text" value="4"/></td></tr> <tr><td>Instrumental médico.....</td><td><input type="text" value="5"/></td></tr> <tr><td>Otro (Especifique): <input type="text"/></td><td><input type="text" value="6"/></td></tr> <tr><td>No pagó nada.....</td><td><input type="text" value="7"/></td></tr> </table> | Consulta..... | <input type="text" value="1"/> | } | <i>Pase a Entrevistador</i> | Medicamentos..... | <input type="text" value="2"/> | Estudios de laboratorio..... | <input type="text" value="3"/> | Hospitalización..... | <input type="text" value="4"/> | Instrumental médico..... | <input type="text" value="5"/> | Otro (Especifique): <input type="text"/> | <input type="text" value="6"/> | No pagó nada..... | <input type="text" value="7"/> |
| algún familiar en el hogar?..... | <input type="text" value="3"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| muerte del asegurado?..... | <input type="text" value="4"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| algún familiar de otro hogar?..... | <input type="text" value="7"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe..... | <input type="text" value="8"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta..... | <input type="text" value="1"/> | } | <i>Pase a Entrevistador</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicamentos..... | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudios de laboratorio..... | <input type="text" value="3"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospitalización..... | <input type="text" value="4"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumental médico..... | <input type="text" value="5"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro (Especifique): <input type="text"/> | <input type="text" value="6"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No pagó nada..... | <input type="text" value="7"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¿QUIÉN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

NOMBRE _____ N.R.

¿EN QUÉ DÍA(S) SE CAPTÓ LA INFORMACIÓN?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR