

Punto Muestra	Número de Cuestionario	Cuota	CAPS de referencia

Datos sociodemográficos

01.a ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

____/____/____

02. ¿Cuál es su sexo?

Varón	<input type="checkbox"/> 1
Mujer	<input type="checkbox"/> 2
Otro	<input type="checkbox"/> 3

03. ¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo?

Sí, asiste	<input type="checkbox"/> 1
No asiste, pero asistió	<input type="checkbox"/> 2
Nunca asistió	<input type="checkbox"/> 3 >> <i>pase a pregunta 07</i>

04. ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?

Jardín/Preescolar	<input type="checkbox"/> 1
Primario	<input type="checkbox"/> 2
EGB	<input type="checkbox"/> 3
Secundario	<input type="checkbox"/> 4
Polimodal	<input type="checkbox"/> 5
Terciario	<input type="checkbox"/> 6
Universitario	<input type="checkbox"/> 7
Posgrado universitario	<input type="checkbox"/> 8
Educación especial	<input type="checkbox"/> 9
NS/NC	<input type="checkbox"/> 99

05. ¿Finalizó ese nivel?

Sí	<input type="checkbox"/> 1 >> <i>pase a pregunta 07</i>
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

06. ¿Cuál fue el último año que aprobó?

NS/NC 99

07. ¿Tiene hijos/as?

Sí	<input type="checkbox"/> 1	
No	<input type="checkbox"/> 2	
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	>> <i>pase a pregunta 08</i>

07.1. ¿Podría mencionar qué edades tienen cada uno de sus hijos/as?

08. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

NS/NC 99

09.a. ¿Cuántas habitaciones o piezas para dormir tiene su hogar?

NS/NC 99

09.b. ¿Y cuántas habitaciones o piezas tiene su hogar en total? (sin contar baño/s y cocina/s)

NS/NC 99

10. Pensando los baños de su hogar, el desagüe ¿es...

A red pública (cloaca)	<input type="checkbox"/> 1
A cámara séptica y pozo ciego	<input type="checkbox"/> 2
Sólo a pozo ciego	<input type="checkbox"/> 3
A hoyo, excavación en la tierra, etc.	<input type="checkbox"/> 4
No tiene baño en su hogar	<input type="checkbox"/> 0
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

11. ¿En qué municipio vive usted?

Florencio Varela	<input type="checkbox"/> 1
Berazategui	<input type="checkbox"/> 2
Quilmes	<input type="checkbox"/> 3
Almirante Brown	<input type="checkbox"/> 4
Otro municipio >> <i>pase a pregunta 11.1</i>	<input type="checkbox"/> 0
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

11.1. ¿En qué municipio vive usted?

Datos laborales

12. Actualmente ¿está...?

Trabajando por un ingreso	<input type="checkbox"/> 1	>> pase a pregunta 14
Trabajando pero no por un ingreso	<input type="checkbox"/> 2	>> pase a pregunta 13
Buscando trabajo	<input type="checkbox"/> 3	
No busca trabajo	<input type="checkbox"/> 4	
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	

13. ¿Trabajó alguna vez por un ingreso?

(incluir changas y trabajos esporádicos)

Sí, trabajé por un ingreso	<input type="checkbox"/> 1	
Trabajé, pero no por un ingreso	<input type="checkbox"/> 2	
No, nunca trabajé por un ingreso	<input type="checkbox"/> 3	>> pase a pregunta 20
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	

14. Pensando en el trabajo que más horas le dedica o su último trabajo, ¿usted es/era... ?

Empleado/a, obrero/a: en relación de dependencia o en actividad económica familiar	<input type="checkbox"/> 1	
Trabajador/a autónomo/a sin empleados	<input type="checkbox"/> 2	>> pase a pregunta 15.2
Trabajador/a autónomo/a, patrón/a o socio/a con empleados	<input type="checkbox"/> 3	
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	

15.1. ¿Le hacen/hacían descuentos para su jubilación?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

15.2. ¿Considera que su trabajo es/era...?

Estable y permanente	<input type="checkbox"/> 1
Inestable y esporádico	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

16. ¿Cuántas horas por semana trabaja/ba?

Menos de 35	<input type="checkbox"/> 1
Entre 35 y 45	<input type="checkbox"/> 2
Más de 45	<input type="checkbox"/> 3
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

17. Contándolo a usted ¿Cuántos empleados estables trabajan/ban en su establecimiento?

Sólo ud.	2 a 5	6 a 10	11 a 25	26 a 40	41 a 99	100 a 199	Más de 200	NS/NC
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

18. ¿Cuál es/era ese trabajo?

19. ¿Qué hace/hacía en este trabajo, cuáles son/eran sus principales tareas?

20. ¿Cuál/es de las siguientes opciones se adapta mejor a su situación actual?

[Respuesta múltiple]

Ocupado/a	<input type="checkbox"/> 1	20.1. ¿Qué otra condición?
Desocupado/a	<input type="checkbox"/> 2	
Jubilado/a, pensionado/a	<input type="checkbox"/> 3	
Estudiante	<input type="checkbox"/> 4	
Haciendo tareas del hogar	<input type="checkbox"/> 5	
Otra condición	<input type="checkbox"/> 6	
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	

Datos generales de salud

21. En cuanto a su cobertura médica ¿tiene...?

Tipo de cobertura	Sí	No	NC
1. Obra social (no PAMI)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2. PAMI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
3. Prepaga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4. Servicio de emergencia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5. Planes y seguros públicos. <i>Ejemplo: Incluir Salud, Sumar</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

22. ¿Tiene usted un médico de cabecera?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

23. ¿Alguna vez un profesional le diagnosticó alguna enfermedad que se extiende en el tiempo o que requiera un tratamiento prolongado o medicación permanente, como las siguientes...? [Respuesta múltiple]

Artritis	<input type="checkbox"/> 1
Artrosis	<input type="checkbox"/> 2
Reumatismo	<input type="checkbox"/> 3
Alergias	<input type="checkbox"/> 4
Asma	<input type="checkbox"/> 5
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> 6
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> 7
Otra enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> 8
Infarto	<input type="checkbox"/> 9
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> 10
Enfermedades de hígado o vesícula biliar	<input type="checkbox"/> 11
Gastritis, úlcera	<input type="checkbox"/> 12
Molestias urinarias	<input type="checkbox"/> 13
Diabetes	<input type="checkbox"/> 14
Depresión, ansiedad	<input type="checkbox"/> 15
Otra/s >> pase a pregunta 23.1.	<input type="checkbox"/> 16
No le diagnosticaron ninguna	<input type="checkbox"/> 0
NS/NC	<input type="checkbox"/> 99

23.1. ¿Qué otra/s enfermedad/es?

24. ¿Diría usted, en líneas generales, que su salud es...?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	NS/NC
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

Consultas

25. Cuando necesita atención médica o controles, ¿a dónde concurre? [Respuesta múltiple]

Hospital público	<input type="checkbox"/> 1
CAPS/Salita	<input type="checkbox"/> 2
Otro lugar. 25.1. ¿Cuál otro?	<input type="checkbox"/> 3

26. Sin tener en cuenta la actual consulta ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta o se atendió en un hospital público?

Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 1	>> pase a pregunta 26.a
Entre 3 meses y 1 año	<input type="checkbox"/> 2	
De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/> 3	
Más de 3 años	<input type="checkbox"/> 4	>> pase a pregunta 27
Nunca lo hizo	<input type="checkbox"/> 5	
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9	

26.a. ¿Cuál fue el o los motivos de esa consulta en el hospital?

27. Sin tener en cuenta la actual consulta ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta o se atendió en un CAPS/Salita?

Menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 1	>> pase a pregunta 27.a
Entre 3 meses y 1 año	<input type="checkbox"/> 2	
De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/> 3	
Más de 3 años	<input type="checkbox"/> 4	>> pase a pregunta 28
Nunca lo hizo	<input type="checkbox"/> 5	
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9	

27.a. ¿Cuál fue el o los motivos de esa consulta en el CAPS/Salita?

28. ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta o se atendió en otro lugar, que no sea un hospital o CAPS/Salita?

Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	>> pase a pregunta 28.a
Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
De 1 a 3 años <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
Más de 3 años <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	>> pase a pregunta 29
Nunca lo hizo <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
NS/NR <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 6	

28.a. ¿Cuál fue el o los motivos de esa consulta en ese otro lugar?

28.b ¿Cuál es ese qué otro lugar en el que se atendió?

--

NS/NC 99

CAPS. Primer momento: La necesidad de concurrir al sistema

RELEVAMIENTO EN CAPS

29. ¿Es éste el CAPS/Salita más cercano a su domicilio?

Sí, es éste	<input type="checkbox"/> 1 >> pase a pregunta 30
No, no lo es	<input type="checkbox"/> 2 >> pase a pregunta 29.a
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

29.a. ¿Cuál es el CAPS/Salita más cercano a su domicilio?

RELEVAMIENTO EN HOSPITAL

29. ¿Conoce cuál es el CAPS/Salita más cercano a su domicilio?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2 >> pase a pregunta 30
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

29.a. ¿Cuál es el CAPS/Salita más cercano a su domicilio?

30. ¿Qué distancia considera que hay entre este servicio de salud y su vivienda?

Cercano	<input type="checkbox"/> 1
Alejado	<input type="checkbox"/> 2
Muy alejado	<input type="checkbox"/> 3
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

30.1. Aproximadamente, ¿a cuántas cuadras está de su vivienda?

Menos de 10	<input type="checkbox"/> 1
De 10 a 20	<input type="checkbox"/> 2
Más de 20	<input type="checkbox"/> 3
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

31. ¿Qué medios de trasportes usa para llegar al lugar de atención? [Respuesta múltiple]

Colectivo <input type="checkbox"/> 1	Remise <input type="checkbox"/> 2	Caminando <input type="checkbox"/> 3	Auto propio <input type="checkbox"/> 4	Bicicleta <input type="checkbox"/> 5	Otro medio <input type="checkbox"/> 6	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

32. ¿Presenta dificultades el viaje hacia el lugar de atención?

Sí	<input type="checkbox"/> 1	
No	<input type="checkbox"/> 2	>> pase a pregunta 34
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	

33. ¿Qué dificultades presenta el viaje?

[Respuesta múltiple]

Transporte poco frecuente	<input type="checkbox"/> 1
No hay transporte	<input type="checkbox"/> 2
Caminos no transitables	<input type="checkbox"/> 3
Otra dificultad	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

34. ¿Dispone del dinero necesario para el viaje?

Dispone siempre del dinero para viajar sin inconveniente	<input type="checkbox"/> 1
A veces no concurre por falta de dinero para el viaje	<input type="checkbox"/> 2
Muchas veces no concurre por falta de dinero para el viaje	<input type="checkbox"/> 3
No requiero dinero para realizar el viaje	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

Si contestó que nunca realizó una consulta en un CAPS en la pregunta 26 >> pase a pregunta 52.a

CAPS. Segundo momento: Acceso al establecimiento

35. ¿Conoce de los horarios de atención del CAPS/Salita...?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

36. ¿Conoce de los horarios de atención de las especialidades?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

37. ¿Cómo valora la disponibilidad de turnos?

Buena	<input type="checkbox"/> 1
Regular	<input type="checkbox"/> 2
Mala	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

38. ¿Cómo valora la disponibilidad de profesionales?

Buena	<input type="checkbox"/> 1
Regular	<input type="checkbox"/> 2
Mala	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

39 ¿Cómo consiguió el turno?

Fue un turno programado	<input type="checkbox"/> 1
Vino de madrugada	<input type="checkbox"/> 2
Vino espontáneamente	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

40. En general, ¿cuánto tiempo de espera tiene para ser atendido una vez que llega al lugar?

Corto <input type="checkbox"/> 1	Medio <input type="checkbox"/> 2	Largo <input type="checkbox"/> 3	NS/NC <input type="checkbox"/> 9	40.1.¿Cuántos minutos aprox.?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

41. ¿Alguna vez concurrió y volvió sin ser atendido?

Muchas veces <input type="checkbox"/> 1	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Nunca <input type="checkbox"/> 3	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
---	--	----------------------------------	----------------------------------

42. ¿Alguna vez tuvo que pagar para ser atendido?

Sí <input type="checkbox"/> 1	42.a ¿Qué tuvo que pagar?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
	42.b ¿Cuánto pagó?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
	42.c ¿Cuándo lo pagó (mes/año)?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
No <input type="checkbox"/> 2		
NS/NC <input type="checkbox"/> 9		

CAPS. Tercer momento: Acceso a la consulta

43. ¿Tiene generalmente gasto derivados de la consulta en el CAPS/Salita?

Sí <input type="checkbox"/> 1	>> <i>pase a pregunta 44</i>
No <input type="checkbox"/> 2	>> <i>pase a pregunta 45</i>
NS/NC <input type="checkbox"/> 9	

44. ¿Cuáles fueron esos gastos que tuvo que pagar de su bolsillo? [Respuesta múltiple]

	¿Cuánto?	¿Cuándo? (mes/año)
44.1. Medicamentos		
44.2. Estudios, diagnósticos		
44.3. Dietas o alimentos especiales		
44.4. Otros gastos ¿Cuáles?		

45.a. ¿Dispone del dinero para afrontar los gastos derivados de la consulta?

Dispone siempre del dinero sin inconveniente	<input type="checkbox"/> _1
A veces dispone del dinero	<input type="checkbox"/> _2
Muchas veces no dispone del dinero	<input type="checkbox"/> _3
NS/NC	<input type="checkbox"/> _9

45.b. ¿Alguna vez lo atendieron pero no pudieron resolver su consulta por falta de recursos?

Muchas veces <input type="checkbox"/> _1	Algunas veces <input type="checkbox"/> _2	Nunca <input type="checkbox"/> _3	NS/NC <input type="checkbox"/> _9
--	---	-----------------------------------	-----------------------------------

CAPS. Cuarto momento: Accesibilidad social y cultural/satisfacción

46. ¿Qué satisfacción tiene acerca de la atención profesional recibida y tratamiento indicado?

Muy Buena	<input type="checkbox"/> _1
Buena	<input type="checkbox"/> _2
Regular	<input type="checkbox"/> _3
Mala	<input type="checkbox"/> _4
Muy mala	<input type="checkbox"/> _5
NS/NR	<input type="checkbox"/> _9

47. ¿Qué satisfacción acerca del trato recibido? [Trato afectivo, posibilidad de ser escuchado, vínculos]

Muy Buena	<input type="checkbox"/> _1
Buena	<input type="checkbox"/> _2
Regular	<input type="checkbox"/> _3
Mala	<input type="checkbox"/> _4
Muy mala	<input type="checkbox"/> _5
NS/NR	<input type="checkbox"/> _9

48. ¿Cómo considera el tiempo de dedicación del profesional a su atención y consulta?

Poco e insuficiente	<input type="checkbox"/> _1
Adecuado y suficiente	<input type="checkbox"/> _2
NS/NR	<input type="checkbox"/> _9

49. ¿Qué nivel de comprensión tiene de las explicaciones e indicaciones recibidas por parte del profesional?

Comprendí totalmente	<input type="checkbox"/> _1
Comprendí algunas cosas	<input type="checkbox"/> _2
No comprendí nada	<input type="checkbox"/> _3
NS/NR	<input type="checkbox"/> _9

50. ¿Puede cumplir las indicaciones que le da el profesional en el CAPS/Salita?

Sí	>> pase a pregunta 52	<input type="checkbox"/> _1
No		<input type="checkbox"/> _2
NS/NC	>> pase a pregunta 51	<input type="checkbox"/> _9

51. ¿Por qué no puede cumplir esas indicaciones?

Hospital. Primer momento: La necesidad de concurrir al sistema

RELEVAMIENTO EN CAPS

52.a. ¿Conoce cuál es el hospital público más cercano a su domicilio?

Sí	<input type="checkbox"/> ₁ >> pase a pregunta 52.b
No	<input type="checkbox"/> ₂ >> pase a pregunta 53
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉ >> pase a pregunta 52.b

52.b. ¿Cuál es el hospital más cercano a su domicilio?

RELEVAMIENTO EN HOSPITAL

52.a. ¿Es éste el hospital más cercano a su domicilio?

Sí, es éste	<input type="checkbox"/> ₁ >> pase a pregunta 53
No, no lo es	<input type="checkbox"/> ₂ >> pase a pregunta 52.b
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉ >> pase a pregunta 52.b

52.b. ¿Cuál es el hospital más cercano a su domicilio?

53. ¿Qué distancia considera que hay entre este servicio de salud y su vivienda?

Cercano	<input type="checkbox"/> ₁
Alejado	<input type="checkbox"/> ₂
Muy alejado	<input type="checkbox"/> ₃
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉

53.1. Aproximadamente, ¿a cuántas cuadras está de su vivienda?

Menos de 10	<input type="checkbox"/> ₁
De 10 a 20	<input type="checkbox"/> ₂
Más de 20	<input type="checkbox"/> ₃
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉

54. ¿Qué medios de transportes usa para llegar al lugar de atención? [Respuesta múltiple]

Colectivo <input type="checkbox"/> ₁	Remise <input type="checkbox"/> ₂	Caminando <input type="checkbox"/> ₃	Auto propio <input type="checkbox"/> ₄	Bicicleta <input type="checkbox"/> ₅	Otro medio <input type="checkbox"/> ₆	NS/NC <input type="checkbox"/> ₉
---	--	---	---	---	--	---

55. ¿Presenta dificultades el viaje hacia el lugar de atención?

Sí	<input type="checkbox"/> ₁	
No	<input type="checkbox"/> ₂	>> pase a pregunta 57
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉	

56. ¿Qué dificultades presenta el viaje?

[Respuesta múltiple]

Transporte poco frecuente	<input type="checkbox"/> ₁
No hay transporte	<input type="checkbox"/> ₂
Caminos no transitables	<input type="checkbox"/> ₃
Clima	<input type="checkbox"/> ₄
Otra dificultad	<input type="checkbox"/> ₅
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉

57. ¿Dispone del dinero necesario para el viaje?

Dispone siempre del dinero para viajar sin inconveniente	<input type="checkbox"/> ₁
A veces no concurre por falta de dinero para el viaje	<input type="checkbox"/> ₂
Muchas veces no concurre por falta de dinero para el viaje	<input type="checkbox"/> ₃
No requiero dinero para realizar el viaje	<input type="checkbox"/> ₄
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉

Si contestó que nunca realizó una consulta en un hospital público en la pregunta 27 >> pase a pregunta 74

Hospital. Segundo momento: Acceso al establecimiento

58. ¿Conoce de los horarios de atención del hospital...?

Sí	<input type="checkbox"/> ₁
No	<input type="checkbox"/> ₂
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉

59. ¿Conoce de los horarios de atención de las especialidades?

Sí	<input type="checkbox"/> ₁
No	<input type="checkbox"/> ₂
NS/NC	<input type="checkbox"/> ₉

60. ¿Cómo valora la disponibilidad de turnos?

Buena	<input type="checkbox"/> 1
Regular	<input type="checkbox"/> 2
Mala	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

60.1. ¿Cómo valora la disponibilidad de profesionales?

Buena	<input type="checkbox"/> 1
Regular	<input type="checkbox"/> 2
Mala	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

61 ¿Cómo consiguió el turno?

Fue un turno programado	<input type="checkbox"/> 1
Vino de madrugada	<input type="checkbox"/> 2
Vino espontáneamente	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

62. En general, ¿cuánto tiempo de espera tiene para ser atendido una vez que llega al lugar?

Corto <input type="checkbox"/> 1	Medio <input type="checkbox"/> 2	Largo <input type="checkbox"/> 3	NS/NC <input type="checkbox"/> 9	62.1.¿Cuántos minutos aprox.?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

63. ¿Alguna vez concurrió y volvió sin ser atendido?

Muchas veces <input type="checkbox"/> 1	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Nunca <input type="checkbox"/> 3	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
---	--	----------------------------------	----------------------------------

64. ¿Alguna vez tuvo que pagar para ser atendido?

Sí <input type="checkbox"/> 1	64.a ¿Qué tuvo que pagar?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
	64.b ¿Cuánto pagó?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
	64.c ¿Cuándo lo pagó (mes/año)?	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
No <input type="checkbox"/> 2		
NS/NC <input type="checkbox"/> 9		

Hospital. Tercer momento: Acceso a la consulta

65. ¿Tiene generalmente gastos derivados de la consulta en el hospital?

Sí <input type="checkbox"/> 1	>> <i>pase a pregunta 66</i>
No <input type="checkbox"/> 2	>> <i>pase a pregunta 67</i>
NS/NC <input type="checkbox"/> 9	

66. ¿Cuáles fueron esos gastos que tuvo que pagar de su bolsillo? [Respuesta múltiple]

	¿Cuánto?	¿Cuándo? (mes/año)
66.1. Medicamentos		
66.2. Estudios, diagnósticos		
66.3. Dietas o alimentos especiales		
66.4. Otros gastos ¿Cuáles?		

67.a. ¿Dispone del dinero para afrontar los gastos derivados de la consulta?

Dispone siempre del dinero sin inconveniente	<input type="checkbox"/> 1
A veces dispone del dinero	<input type="checkbox"/> 2
Muchas veces no dispone del dinero	<input type="checkbox"/> 3
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

67.b. ¿Alguna vez lo atendieron pero no pudieron resolver su consulta por falta de recursos?

Muchas veces <input type="checkbox"/> 1	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Nunca <input type="checkbox"/> 3	NS/NC <input type="checkbox"/> 9
---	--	----------------------------------	----------------------------------

Hospital. Cuarto momento: Accesibilidad social y cultural/satisfacción

68. ¿Qué satisfacción tiene acerca de la atención médica recibida y tratamiento indicado?

Muy Buena	<input type="checkbox"/> 1
Buena	<input type="checkbox"/> 2
Regular	<input type="checkbox"/> 3
Mala	<input type="checkbox"/> 4
Muy mala	<input type="checkbox"/> 5
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

69. ¿Qué satisfacción acerca del trato recibido? [Trato afectivo, posibilidad de ser escuchado, vínculos]

Muy Buena	<input type="checkbox"/> 1
Buena	<input type="checkbox"/> 2
Regular	<input type="checkbox"/> 3
Mala	<input type="checkbox"/> 4
Muy mala	<input type="checkbox"/> 5
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

70. ¿Cómo considera el tiempo de dedicación del profesional a su atención y consulta?

Poco e insuficiente	<input type="checkbox"/> 1
Adecuado y suficiente	<input type="checkbox"/> 2
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

71. ¿Qué nivel de comprensión tiene de las explicaciones e indicaciones recibidas por parte del profesional?

Comprendí totalmente	<input type="checkbox"/> 1
Comprendí algunas cosas	<input type="checkbox"/> 2
No comprendí nada	<input type="checkbox"/> 3
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

72. ¿Puede cumplir las indicaciones que le da el profesional en el Hospital?

Sí	>> pase a pregunta 73	<input type="checkbox"/> 1
No	>> pase a pregunta 74	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC		<input type="checkbox"/> 9

73. ¿Por qué no puede cumplir esas indicaciones?

Quinto momento: Derivaciones/Interconsultas

74. ¿Alguna vez fue derivado a otro servicio u especialista de otro centro u hospital?

Sí	<input type="checkbox"/> 1	>> pase a pregunta 79
No	<input type="checkbox"/> 2	
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9	

75. ¿Quién sacó el turno de derivación para ser atendido?

Usted mismo	<input type="checkbox"/> 1
Personal del centro de salud	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

76. ¿El profesional que lo atendió le entregó un informe o nota para que lleve al otro profesional?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

77. ¿A qué establecimiento fue derivado?

78. Si está bajo tratamiento ¿En qué establecimiento lo siguen?

79. ¿Hay alguna otra información que considere relevante y quiera agregar? [Observaciones]

80. Para concluir con la encuesta, en líneas generales ¿Cuál es su satisfacción con la atención en los centros de salud?

Muy Buena	<input type="checkbox"/> 1
Buena	<input type="checkbox"/> 2
Regular	<input type="checkbox"/> 3
Mala	<input type="checkbox"/> 4
Muy mala	<input type="checkbox"/> 5
NS/NR	<input type="checkbox"/> 9

Como nos interesa supervisar el trabajo de los encuestadores le pedimos los siguientes datos de contacto:

Domicilio		No lo da <input type="checkbox"/> 0
Teléfono de contacto		No lo da <input type="checkbox"/> 0

¡Muchas gracias por su colaboración!

Nombre y apellido del encuestador/a		Fecha del relevamiento	
--	--	-------------------------------	--