

XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XXI	XXII	XXIII	XXIV								
¿Está usted? 1. empleador 2. trabajador por cuenta propia 3. empleado administrativo, de organización, etc. 4. obrero 5. empleado doméstico (sirviente, chofer, mesero, etc.) 6. trabajador de algún negocio familiar sin remuneración	En caso de ser cesante: ¿A qué actividad económica se dedica la empresa, oficina o negocio en que se originó la cesantía?	¿Ocupación u oficio en la semana anterior o bien antes de ser cesante?	¿A qué actividad económica se dedica la empresa, oficina o negocio en que trabajó la semana anterior?	Tiempo de ocupar el empleo actual (No. de meses)	¿Por qué perdió su último empleo? 1. Supresión de cargos 2. Eliminación definitiva de secciones o departamentos. 3. Eliminación definitiva de la empresa o núcleo productivo 4. Interrupción temporal o estacional de los trabajos. 5. Mala adaptación al trabajo. 6. Mejor remuneración 7. Otras razones (Especificar en Observaciones)	Horas semanales de trabajo ordinario	Si es cesante, ¿en qué Estado de la República se originó la cesantía? (Ver Cod. de la Col. I)	¿Cuántos meses tiene de estar cesante?								
55	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72

ESPECIFICAR EN LA PARTE INFERIOR IZQUIERDA DEL CUESTIONARIO, ESTAS COLUMNAS NO SERÁN UTILIZADAS POR EL ENCUESTADOR

PARTE ESPECIAL									
ASISTENCIA MEDICA:									
XXV	XXIX				TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA:				
	XXVI	XXVII	XXVIII						
¿Los niños de la familia reciben los servicios de alguna guardería infantil? 1. Si 2. No	¿Recibe servicios médicos de? 1. Seguro Social. 2. I S S S T E 3. Hospital Universitario. 4. Clínica de empuje particular (Especifique) 5. Otros (Especifique) 6. Médico particular. 7. Ninguna	* ¿Paga cuota mensual al Seguro Social u otra institución de asistencia médica? (En caso de conocer el monto colocar lo aquí mismo, entre paréntesis) 1. Si 2. No	¿Estuvo enfermo en el lapso de los últimos tres meses? 1. Si 2. No	(1)* Número de consultas médicas a domicilio.	(2)* Número de consultas médicas en el consultorio.	(3) Operaciones e quirúrgicas durante los últimos seis meses (especifique con precisión)	(4) Valor de medicamentos recibidos (Hacer un cálculo aproximado)		
73	74	75	76	77	78	79	80		
TOTAL de (1)		TOTAL de (1)							
71		72		73	74	75	76		

REGISTRO FAMILIAR

	1	2	3		
1. Ingreso Total (antes del impuesto) [XV (1)]	4	5	6	7	8
2. Ingreso total (después del impuesto) [XV (2)]	9	10	11	12	13
3. Servicios de Educación [VI (3) + VI (6)]	14	15	16	17	
4. Servicios Médicos Suma de XXIX (1 a 4)	18	19	20	21	
5. Servicios de Asistencia	22	23	24		
a) desayunos escolares [VI (5)]	25	26	27		
b) guarderías [XXV]	28	29	30		
6. Suma del total de servicios recibidos (Suma de 3, 4 y 5)	31	32	33	34	
7. Pagos por servicios [XXVII]	35	36	37		
8. Servicios recibidos menos pagos [6 menos 7]	38	39	40	41	
9. Ingreso total (después del impuesto) más servicios recibidos netos [2 más 8]	42	43	44	45	46

Información correspondiente a las columnas XVII, XVIII y XIX

XVII () _____ () _____
 () _____ () _____
 () _____ () _____
 XVIII () _____ () _____
 () _____ () _____
 () _____ () _____
 XIX () _____ () _____
 () _____ () _____

