



CUESTIONARIO FAMILIAR

Nº. CUESTIONARIO:

--	--	--	--	--

Encuesta de Salud del País Vasco 2018



LEY 4/1986 DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: Las personas o entidades tienen obligación de suministrar la información estadística que les sea requerida con independencia de su naturaleza física, jurídica, pública o privada.
- Artículos 19 al 23: Toda información proporcionada estará sometida al secreto estadístico y bajo ningún concepto podrá ser facilitada con carácter individual a ninguna persona o entidad, ya sea pública o privada.
- Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ante la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Salud en la C/ Donostia-San Sebastián, 1-01010 Vitoria-Gasteiz.

INFORMACIÓN SUJETA A SECRETO ESTADÍSTICO

“SECCIÓN DE IDENTIFICACIÓN”

1.a) ¿Cuáles son los nombres y apellidos de las personas que viven en esta vivienda?

1.b) He apuntado a (ENCUESTADOR/A: lea los nombres) ¿He olvidado

. Algún bebé?

. Algún empleado/a?

. Alguien que viva aquí pero que esté fuera (de viaje o en el hospital)?

2.a) ¿Qué fecha de nacimiento, edad y sexo tienen?

2 b) Señale a la persona que mayor aporte económico realiza al hogar

Número	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Aportación económica
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

NÚMERO DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE PERSONA

ENCUESTADOR/A

FECHA

MES _____ DIA _____

NÚMERO DE MIEMBROS

EUSKERA	
Sí	No
1	2

DATOS DE LA PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE _____

APELLIDO 1º _____

APELLIDO 2º _____

1. DIRECCIÓN

2.- ¿Vivían Uds. en esta dirección en el año 2013?

Sí	No
1	2

TELEFONO 1

TELEFONO 2

COMENTARIOS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DURACIÓN:

_____ MINUTOS

“RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA 14 DÍAS

SECCIÓN DE INDICADORES DE SALUD

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud desde el día..... hasta ayer.

ENSEÑAR EL CALENDARIO DE LA ENTREVISTA

La 1ª pregunta es para conocer la actividad en los últimos 14 días.

3. ¿Cuál ha sido la actividad principal de..... desde el día..... hasta ayer?

Trabajo o de baja laboral	1
Labores de hogar	2
Escolar y Guardería	3
Menores no escolarizados/as	4
En paro	5
En jubilación o pensionistas	6
Otros (Baja maternal, en cama por enfermedad crónica,...)	7
No sabe	8
No Contesta	9

4.a) Desde el día..... hasta ayer, ¿..... ha tenido que quedarse en la cama (en casa o en el hospital), por algún motivo de salud?
(Si es una persona encamada crónica marque “No”).

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p5a) (p5a) (p5a)

4.b) ¿Cuántos días..... ha tenido que quedarse en la cama (en casa o en el hospital) durante al menos la mitad del día?

_____ DÍAS

PARA LAS PERSONAS CUYA RESPUESTA A LA P.3 HAYA SIDO: 1, 2 ó 3

5.a) Desde el día..... hasta ayer, ¿ha dejado de: trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio, al menos la mitad del día, por algún motivo de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p6a) (p6a) (p6a)

5.b) Desde el día..... hasta ayer de los días que debería haber: ido al trabajo, hecho las labores del hogar, ido al colegio... ¿Cuántos días no ha podido hacerlo, al menos la mitad del día, por motivos de salud?

_____ DÍAS

5.c) ¿De los que no ha podido, trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio,... ¿cuántos días se ha quedado en la cama durante al menos la mitad del día contando también los días pasados en el hospital?

_____ DÍAS

OJO: si las preguntas 4a), y 5a) son Sí, no tienen por qué ser el mismo número de días.

EJEMPLO: puede haberse quedado en la cama dos días del fin de semana (sábado y domingo) y no ha podido ir a trabajar sólo un día (lunes)
PREGUNTA 4b)= 3 (DÍAS)

PREGUNTA 5c)= 1 (DÍA)

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

RECORDAR ACTIVIDAD HABITUAL Y DE OCIO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES: jugar, ir al bar, ir al cine, ir al club, ir a misa, leer, ver la televisión, hacer deporte, estudiar ...

6.a) Sin contar los días indicados anteriormente. Desde el día..... hasta ayer:
¿Ha tenido que suspender o moderar sus actividades habituales por motivos de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

6.b) ¿Cuántos días ha tenido..... que moderar o suspender sus actividades habituales?

┌───┐ DÍAS

PREGUNTAR A QUIENES TENGAN DÍAS DE RESTRICCIÓN, ES DECIR, SI EN LAS PREGUNTAS 4a) O 5a) O 6a) HA DICHO QUE "SÍ" CONTESTE A LAS PREGUNTAS 7a) Y 7b), SI HA DICHO A TODAS QUE "NO" PASE A LA PREGUNTA 8.

7.a) ¿Cuál o cuáles han sido los problemas de salud que obligaron a a suspender o moderar sus actividades habituales?
(Posibilidad de grabar dos problemas de salud)

*.....
*.....

7.b) El problema de salud que obligó a a suspender o moderar sus actividades ha sido causado por:

Accidente laboral	1
Accidente de tráfico	2
Accidente doméstico	3
Otro tipo de accidente	4
Enfermedad derivada del trabajo	5
Otras enfermedades	6
Violencia física	7
Otras causas	8

Si en la pregunta 7.a) se han grabado más de un problema de salud, contestar a esta pregunta pensando en aquél que le haya discapacitado más días.

“REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA”

Las siguientes preguntas se refieren a la capacidad para la realización de las actividades de la vida cotidiana según su estado de salud.

Problemas de salud que limiten de forma permanente o de forma crónica la actividad

8. HACER LAS PREGUNTAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

De 0 a 4 años	p9a	1
De 5 a 17 años	p10a	2
De 18 a 69 años	p11a	3
70 años en adelante	p12a	4

9. DE 0 A 4 AÑOS.

9.a) ¿Su estado de salud o alguna deficiencia le **imposibilita** a..... participar en los juegos habituales de los otros niños y niñas?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

9.b) ¿..... **tiene alguna limitación** en el tipo o cantidad de juego en el que puede participar por motivos de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

(p13)

(p13)

(p13)

10. DE 5 A 17 AÑOS.

10.a) Su estado de salud o alguna deficiencia, le **imposibilita** a..... ir a un colegio o centro educativo?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

10.b) ¿Necesita ir..... **a un centro educativo especial** o a clases especiales por alguna deficiencia o problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

10.c) La asistencia de..... al centro educativo ¿Se ve **limitada** por algún problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

(p13)

(p13)

(p13)

11. - DE 18 A 69 AÑOS.

11.a) Actualmente..... **tiene un empleo**?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p11. c)

11.b) Su estado de salud. ¿Le **imposibilita** o le **imposibilitaría** a..... actualmente trabajar?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

11.c) Se encuentra **con alguna limitación**..... en el tipo o cantidad de trabajo que puede o podría hacer, por motivos de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p14.a)

(p13)

(p13)

(p13)

12. DE 70 AÑOS Y MÁS.

12.a) ¿..... necesita la ayuda de otras personas para realizar actividades personales como comer, bañarse o ducharse, vestirse o moverse por la casa como consecuencia de algún problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)	(p12.b)	(p12.b)	(p12.b)

12.b) ¿..... necesita la ayuda de otras personas para realizar las labores de casa como: planchar, lavar, limpiar, cocinar, o llevar sus asuntos como: hacer las cuentas, cobrar la pensión, hacer los papeleos o ir a la compra como consecuencia de algún problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14a)	(p13)	(p13)	(p13)

13. ¿Se encuentra limitado/a de alguna forma por alguna deficiencia o problema de salud para realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad o sexo?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14a)	(p15)	(p15)	(p15)

14.a) ¿Desde cuándo?

RECORDAR, EL AÑO QUE EMPEZÓ LA LIMITACIÓN APROXIMADAMENTE. Si se desconoce el MES, anote un 6

MES AÑO

14.b) ¿Cuál o cuáles son los problemas de salud que le han causado esta limitación?

.....

14.c) El problema de salud que le ha causado esta limitación ha sido causado por:

Accidente laboral	1
Accidente de tráfico	2
Accidente doméstico	3
Otro tipo de accidente	4
Enfermedad derivada del trabajo	5
Otras enfermedades	6
Violencia física	7
Otras causas	8

Si en la pregunta 14.b) se han grabado más de un problema de salud, contestar a esta pregunta pensando en aquél que le haya causado mayor limitación.

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES,

La siguiente pregunta se refiere a las ocasiones en que desde el día..... hasta ayer, sintió la necesidad de recibir asistencia sanitaria y no la recibió debido a esta limitación.

14.d) En los últimos 12 meses, ¿Ha necesitado alguno de los siguientes tipos de asistencia sanitaria y no los recibió debido a esta limitación?

	Sí	No	No lo he necesitado	No sabe	No contesta
1. Atención médica	1	2	3	8	9
2. Atención dental	1	2	3	8	9
3. Algún medicamento que le habían recetado	1	2	3	8	9
4. Atención de salud mental (psicólogo o psiquiatra, por ejemplo)	1	2	3	8	9
5. Exploraciones o exámenes médicos preventivos	1	2	3	8	9

ENCUESTADOR/A, si la respuesta es NO, se debe indagar si se refiere a la categoría 2 (Necesité atención sanitaria pero no la recibí por ese motivo) o a la categoría 3 (No necesité atención sanitaria).

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

15. ¿Necesita..... cuidados o ayuda de otra persona para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana por alguna deficiencia o problema de salud?

Sí, todos los días, 24 horas al día	1	Pasar a pregunta 16
Sí, todos los días, menos de 24 horas al día	2	Pasar a pregunta 16
Sí, varias veces por semana	3	Pasar a pregunta 16
Sí, de vez en cuando	4	Pasar a pregunta 16
No necesita ayuda ni cuidado de otra persona	5	(Ver grafo al final de la pregunta)
No sabe	8	Pasar a pregunta 19
No contesta	9	Pasar a pregunta 19

Si p15=5 y (p9.a=1 o p9.b=1 o p10.a=1 o p10.b=1 o p10.c=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) pasar a p18
 Si p15=5 y p13=2, 8 ó 9, y edad >=15 pasar a p19
 Si p15=5 y p13=2, 8 ó 9, y edad < 15 pasar a p23.a

16. ¿Quién le presta esos cuidados o ayuda? **ENCUESTADOR/A:** anotar todas las opciones de respuesta necesarias

	Sí	No	
a) Un familiar con el que convive.	1	2	
b1) Un familiar que no convive. Indicar cuidador/a principal (relación de códigos de parentesco).	1	2	b2) Código Parentesco
c) Servicios sociales públicos, Ayuntamiento, Diputación.	1	2	
d) Persona contratada	1	2	
e) Empresa privada de servicios sociales o sanitarios.	1	2	
f) Voluntariado (Cáritas...).	1	2	
g) Nadie.	1	2	
h) Otros.	1	2	Si 16h)=1 ir a p16i) Especificar
i) Especificar		

RELACIÓN CÓDIGOS DE PARENTESCO: (MOSTRAR TARJETA N° 1)

Esposo/a o pareja.....1	Abuela.....12
Madre.....2	Abuelo.....13
Padre.....3	Otra mujer que sea familiar.....14
Mi hija.....4	Otro hombre que sea familiar.....15
Mi hijo.....5	Vecina.....16
Mi nuera.....6	Vecino.....17
Mi yerno.....7	Amiga.....18
Mi hermana.....8	Amigo.....19
Mi hermano.....9	Otras personas como voluntarias.....20
Mi nieta.....10	Otras personas.....21
Mi nieto.....11	

Si p16.a=1 pasar a p17.a

Si (p9.a=1 o p9.b=1 o p10.a=1 o p10.b=1 o p10.c=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) y:

- p16.b1=1 anotar código de parentesco (p16.b2) y pasar a p18
- p16.a=2 y p16.b=2 y cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.h pasar a p18

Si p13=2, 8 ó 9 y:

- p16.b1=1 anotar código de parentesco (p16.b2) y si edad >= 15 pasar a p19
- p16.b1=1 anotar código de parentesco (p16.b2) y si edad < 15 pasar a p23.a
- p16.a=2 y p16.b1=2 cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.h y si edad >= 15 pasar a p19
- p16.a=2 y p16.b1=2 cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.h y si edad < 15 pasar a p23.a

BLOQUE CUIDADOR/A INFORMAL: (Realizar sólo si p16.a =1)

17.a) ¿Cuál es el parentesco de ese familiar (p16.a) que se encarga principalmente de esos cuidados o ayuda?

Anotar código parentesco

17.b) ¿Cuál es el orden en la familia? ENCUESTADOR/A: ANOTAR, No preguntar a la persona encuestada

Anotar el orden familia

17.c) ¿Cuántas horas dedica como media al día en los cuidados o ayuda de (Nombre de la persona cuidada)?

De lunes a viernes HORAS MINUTOS

Sábado y domingo HORAS MINUTOS

17.d) ¿Participa algún/a familiar más con el/la que convive en su cuidado?

Sí	No
1	2

Si (p9.a=1 o p9.b=1 o p10.a=1 o p10.b=1 o p10.c=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) y:

- p17.d=1 pasar a Tabla 1 y después a p18
- p17.d=2 pasar a p18

Si p13=2, 8 ó 9 y:

- p17.d=1 pasar a Tabla 1 y después si edad >=15 pasar a p19
- p17.d=1 pasar a Tabla 1 y después si edad <15 pasar a p23a
- p17.d=2 y si edad >= 15 pasar a p19
- p17.d=2 y si edad < 15 pasar a p23a

TABLA 1

Señale qué persona(s) y cuántas horas de media al día dedica al cuidado de (Nombre de persona que se trate)

Nombres (columna autorrellenada)	Número de orden (entrevistador/a selecciona la cifra) (P17e)	Código de parentesco (P17f)	De lunes a viernes		Sábado y domingo	
			Horas (P17g1)	Minutos (P17g2)	Horas (P17g3)	Minutos (P17g4)
	1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En la pregunta 17.d) se admitirán dos miembros más de la familia, aparte del o la cuidadora principal, como posibles cuidadores/as. Se recogerá la información de esas dos personas en cada una de las dos líneas de la tabla anterior.

18. A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera.

ENCUESTADOR/A: no se trata del hecho material de saber o no saber hacerlo, sino de la posibilidad de realizar la actividad en algún momento determinado

	Capaz	Con ayuda	Incapaz
a) Es Vd. capaz de comer (cortar, extender mantequilla,...)	1	2	3
b) Es Vd. capaz de trasladarse entre la silla y la cama	1	2	3
c) Es Vd. capaz de hacer su aseo personal (lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse y afeitarse)	1	2	3
d) Es Vd. capaz de usar el retrete (entrar y salir, limpiarse, vestirse)	1	2	3
e) Es Vd. capaz de bañarse o ducharse	1	2	3
f) Es Vd. capaz de andar 50 metros en llano	1	2	3
g) Es Vd. capaz de subir y bajar un tramo de escaleras	1	2	3
h) Es Vd. capaz de vestirse y desvestirse (incluyendo botones, cremalleras, cordones,)	1	2	3
i) Es Vd. capaz de controlar las heces	1	2	3
j) Es Vd. capaz de controlar la orina	1	2	3
	Puede sin ayuda	Puede con ayuda	De ninguna manera
k) Puede Vd. preparar la comida	1	2	3
l) Puede Vd. usar el teléfono , buscar un número y llamar	1	2	3
m) Puede Vd. coger el autobús , tren, taxi o conducir el coche	1	2	3
n) Puede Vd. comprar ropa o comida	1	2	3
o) Puede Vd. administrar su propio dinero	1	2	3
p) Puede Vd. hacer el trabajo de casa (hacer camas, planchar, lavar platos, barrer)	1	2	3
q) Puede lavar usted toda su ropa	1	2	3
r) Puede Vd. tomar sus medicinas por sí mismo/a (recordar el momento de la toma y la cantidad)	1	2	3

PARA TODAS LAS PERSONAS con edad > = 15 años

19. Cuida..... de manera no remunerada a algún familiar, amigo/a o vecino/a, persona que no reside en el hogar?

Sí	No
1	2

(p29.a)

20) Edad de la persona a la que presta esos cuidados:

_____ AÑOS

21) ¿A quién presta esos cuidados? (MOSTRAR TARJETA N° 1)

Anotar código parentesco _____

22) ¿Cuántas horas dedica..... como media al día en el cuidado de esa persona?

De lunes a viernes _____ HORAS _____ MINUTOS

Sábado y domingo _____ HORAS _____ MINUTOS

ENCUESTADOR/A: Si la persona entrevistada se refiere a más de una persona, anotar la información de aquella a la que dedica más horas

SI EN EL HOGAR HAY MENORES DE 15 AÑOS

(La persona de referencia u otro miembro del hogar será quien conteste)

23.a) ¿Quién se ocupa del cuidado de..... principalmente?

Una persona del hogar sola	1
Principalmente una persona del hogar con la ayuda de una o más personas (incluyendo personas contratadas)	2
Varias personas del hogar por igual (con o sin ayuda de otras personas)	3
Principalmente una persona que no reside en el hogar (con la ayuda o no de otras personas)	4
Otra situación	5
No sabe	8
No contesta	9

TABLA 2

Para las personas residentes en el hogar que cuiden a estos menores, rellene el parentesco y las horas de dedicación
¿Cuántas horas dedican como media al día cada uno de los miembros del hogar al cuidado de.....?

Nombres (columna autorrellenada)	Número de orden (entrevistador /a selecciona la cifra) (P23b)	Código de parentesco (P23c)	De lunes a viernes		Sábado y domingo	
			Horas (P23d1)	Minutos (P23d2)	Horas (P23d3)	Minutos (P23d4)
	1		_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
	2		_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
	3		_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

Se admitirán dos miembros más de la familia, aparte del o la cuidadora principal, como posibles cuidadores/as. Se recogerá la información de las tres personas en cada una de las tres líneas de la tabla anterior.

24. ¿Cómo diría que es el estado de salud en general de..... (El/la niño/a)?

Muy bueno	1
Bueno	2
Regular	3
Malo	4
Muy malo	5

25) ¿Cuántas horas duerme al día (El/la niño/a) habitualmente (incluida la siesta)?

|_|_|_| HORAS

26.a) Escriba una cifra
 Aproximadamente: ¿Cuánto pesa sin zapatos?

|_|_|_| Kilogramos.

26.b) Escriba una cifra
 Aproximadamente: ¿Cuánto mide sin zapatos?

|_|_|_| Centímetros.

PARA MAYORES DE 6 AÑOS Y MENORES DE 15 AÑOS

27. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace (El/la niño/a) en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor sus actividades en el tiempo libre

No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa en leer, ver la televisión, juegos en casa, videoconsola, ordenador etc.	1
Hace alguna actividad física o deportiva fuera del horario escolar menos de 1 vez al mes (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo...)	2
Hace alguna actividad física o deportiva fuera del horario escolar 1 o más veces al mes pero menos de 1 vez a la semana (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo...)	3
Hace actividad física o deportiva (gimnasia, correr, natación, deportes de equipo etc.) fuera del horario escolar pero durante un tiempo inferior a 2 horas a la semana.	4
Hace actividad física o deportiva (gimnasia, correr, natación, deportes de equipo etc.) fuera del horario escolar pero durante 2 o más horas a la semana.	5
No sabe	8
No contesta	9

PARA TODAS LAS PERSONAS MAYORES DE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS

28. a. ¿Cuánto tiempo dedica de media al día (el/la niño/a) a ver la televisión, videojuegos, ordenador o Internet?

Día laborable HORAS MINUTOS

Día festivo HORAS MINUTOS

28. b. ¿Qué desayuna habitualmente? **(Se admite respuesta múltiple)**

	Sí	No
1) Leche, leche con cacao, chocolate, yogur, etc.	1	2
2) Cereales (en copos o similares), pan o tostadas, etc.	1	2
3) Fruta fresca o zumos naturales no envasados	1	2
4) Zumos comerciales (solos o con lácteos)	1	2
5) Galletas, magdalenas, bollos, etc.	1	2
6) Huevos, queso, jamón o fiambre etc.	1	2
7) Otro tipo de alimentos (especificar).....	1	2
8) No desayuna habitualmente	1	2

PARA MENORES DE 5 AÑOS

28.c. ¿Ha recibido (el/la niño/a) lactancia materna (de su madre o de un banco de leche)?

Sí	No
1	2

(p28.f)

28.d. ¿Qué edad tenía (el/la niño/a) cuando dejó de lactar o de recibir solo leche materna?

AÑOS	MESES	Todavía recibe sólo leche materna
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	888

28.e. ¿Qué edad tenía (el/la niño/a) cuando lactó o recibió leche materna por última vez?

AÑOS	MESES	Todavía recibe leche materna
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	888

28.f. ¿Ha recibido (el/la niño/a) lactancia artificial (aun cuando siguiera con la lactancia materna)?

Sí	No
1	2

(p28.h)

28.g. ¿Qué edad tenía (el/la niño/a) cuando comenzó con la lactancia artificial?

AÑOS MESES

28.h. ¿Qué edad tenía (el/la niño/a) cuando comenzó con otros alimentos distintos a la leche materna o la leche artificial (aun cuando siguiera con la lactancia materna)?

AÑOS	MESES	Todavía no toma otros alimentos
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	888

“CONSULTAS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre la asistencia a diferentes consultas sanitarias. Habrá preguntas sobre las consultas al médico/a general (de cabecera o familiar), otras sobre consultas al especialista (traumatología, ginecología, oftalmología, etc.), otras al enfermero/a y matrón/a, otras a dentista/ortodoncista y a otras especialidades (fisioterapia, psicología, etc.)

PERIODO DE REFERENCIA 1: 14 DÍAS.

Las preguntas con esta referencia temporal se refieren a las consultas hechas a profesionales de la salud desde el día..... hasta ayer.

PERIODO DE REFERENCIA 2: 12 MESES.

Las preguntas con esta referencia temporal se refieren a las consultas hechas a profesionales de la salud desde el día..... hasta ayer.

SECCIÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

CONSULTAS A MÉDICO/A GENERAL ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRA.

29.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a médico/a general/cabecera/atención primaria o pediatra en caso de menores (incluido recetas)?

En los últimos 14 días	1
De 15 días a 1 mes	2
De más de 1 mes a 6 meses	3
De más de 6 meses a 1 año	4
De más de 1 año a 2 años	5
De más de 2 años a 5 años	6
Más de 5 años	7
Nunca	8
No sabe	98
No contesta	99

Si en p29.a = 1 ir a p29.b1

Si en p29.a = 2, 3, 4 ir a p29.e

Si en p29.a > 4 ir a p30.a

29. b. 1) En estos catorce días ¿cuántas veces ha consultado en total, aunque sea por teléfono, al médico/a general/cabecera/atención primaria o pediatra en caso de menores?

	01.Medicina general (incluido recetas) VECES	02.Pediatría VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días	_ _ _	_ _ _

29. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas consultas.

	01.Medicina general (incluido recetas) VECES	02.Pediatría VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_ _ _	_ _ _
2.Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _ _	_ _ _
3.Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _ _	_ _ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _ _	_ _ _
5. Yo mismo/a	_ _ _	_ _ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _ _	_ _ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _ _	_ _ _
8. No sabe	_ _ _	_ _ _
9. No contesta	_ _ _	_ _ _

Pensando en la última vez que consultó, aunque sea por teléfono, al médico/a general/atención primaria/pediatra:

29.c) ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

EN ESTA PREGUNTA, 29.C) Y EN LA SIGUIENTE, 29.D): SI LA CITA FUE SOLICITADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ES DECIR, ESTABA PROGRAMADA Y EL/LA MÉDICO/A LE SEÑALÓ CUANDO DEBÍA VOLVER, POR EJEMPLO "VUELVA EN 15 DÍAS", PONGA 0

MESES	DIAS	HORAS	No sabe	No contesta
_____	_____	_____	98	99

29.d) ¿Cuánto tiempo pasó desde el día que pidió la cita hasta que tuvo la consulta médica?

MESES	DIAS	HORAS	No sabe	No contesta
_____	_____	_____	98	99

29.e) En los últimos 12 meses, es decir, desde hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, al médico/a general/cabecera/atención primaria o pediatra en caso de menores?

	VECES
01. Medicina general (incluido recetas)	_____
02. Pediatra	_____

CONSULTAS A MÉDICO/A ESPECIALISTA.

30.a) ¿Cuánto tiempo hace que ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a médico/a especialista?

Menos de 15 días	1
De 15 días a 1 mes	2
De más de 1 mes a 6 meses	3
De más de 6 meses a 1 año	4
De más de 1 año a 2 años	5
De más de 2 años a 5 años	6
Más de 5 años	7
Nunca	8
No sabe	98
No contesta	99

Si p30.a = 1 ir a p30.b 1

Si p30.a = 2, 3, 4 ir a p30.f

Si p30.a > 4 ir a p31.a

30. b. 1) En estos catorce días ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, a un/a especialista?

	VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días.	_____

30. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas consultas.

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_____
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_____
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_____
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_____
5. Yo mismo/a	_____
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_____
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_____
8. No sabe	_____
9. No contesta	_____

30. c) En estos catorce días, ¿a qué médico/a especialista consultó en la última ocasión? (Mostrar TARJETA N° 2, y anotar el código de la especialidad)

CODIGO DE ESPECIALIDAD

Ginecología..... 05	Urología..... 14
Oftalmología..... 06	Endocrinología..... 15
Otorrinolaringología..... 07	Oncología..... 16
Traumatología..... 08	Neurología..... 17
A. Respiratorio..... 09	Digestivo..... 18
Medicina Interna..... 10	Psiquiatría..... 19
Dermatología..... 11	Radiología..... 20
Cardiología..... 12	Rehabilitación..... 21
Cirugía..... 13	Otras especialidades..... 22

Pensando en la última consulta, aunque sea por teléfono, a un/a médico/a especialista:
30.d) ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?
 EN ESTA PREGUNTA, 30.D) Y EN LA SIGUIENTE, 30.E): SI LA CITA FUE SOLICITADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ES DECIR, ESTABA PROGRAMADA Y EL/LA MÉDICO/A LE SEÑALÓ CUANDO DEBÍA VOLVER, POR EJEMPLO “VUELVA EN 15 DÍAS”, PONGA 0

MESES	DIAS	HORAS	No sabe	No contesta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	98	99

30.e) ¿Cuánto tiempo pasó desde el día que pidió la cita hasta que tuvo la consulta médica?

MESES	DIAS	HORAS	No sabe	No contesta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	98	99

30.f) En los últimos 12 meses, es decir, desde hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, a un o una médico/a especialista, de los anteriormente citados?

	VECES
Médico/a especialista	<input type="text"/>

CONSULTAS A ENFERMERO/A, MATRÓN/A

31.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a enfermero/a o matró/a?

En los últimos 14 días	1
De 15 días a 1 mes	2
De más de 1 mes a 6 meses	3
De más de 6 meses a 1 año	4
De más de 1 año a 2 años	5
De más de 2 años a 5 años	6
Más de 5 años	7
Nunca	8
No sabe	98
No contesta	99

Si p31.a = 1 ir a p31.b1
 Si p31.a = 2, 3, 4 ir a p31.c
 Si p31.a > 4 ir a p32.a

31. b. 1) En estos catorce días ¿cuántas veces consultó, aunque sea por teléfono, al enfermero/a matró/a?

	VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días.	_____

31. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas consultas.

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_____
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_____
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_____
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_____
5. Yo mismo/a	_____
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_____
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_____
8. No sabe	_____
9. No contesta	_____

31.c) En los últimos 12 meses, es decir, desde... hasta ayer, ¿cuántas veces... ha consultado, aunque sea por teléfono, al enfermero/a, matró/a?

	VECES
03. Enfermero/a, matró/a	_____

CONSULTAS A DENTISTAS/ORTODONCISTA

32.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a dentista/ortodoncista?

En los últimos 14 días	1
De 15 días a 1 mes	2
De más de 1 mes a 6 meses	3
De más de 6 meses a 1 año	4
De más de 1 año a 2 años	5
De más de 2 años a 5 años	6
Más de 5 años	7
Nunca	8
No sabe	98
No contesta	99

Si en p32.a) responde 1 ir a p32.b1
 Si en p32.a) responde 2, 3, 4 ir a p32.e
 Si en p32.a)>4 ir a p33

32. b. 1) En estos catorce días ¿cuántas veces consultó, aunque sea por teléfono, al dentista/ortodoncista?

	VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días.	_____

32. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas consultas.

	VECES
1. Programa dental infantil (PADI)	_____
2. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_____
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_____
4. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_____
5. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_____
6. Yo mismo/a	_____
7. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_____
8. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_____
9. No sabe	_____
10. No contesta	_____

32.c) Pensando en la última vez que consultó al dentista/ortodoncista ¿Dónde tuvo lugar la consulta?

Ambulatorio o Centro de Salud Público	1
Consulta o clínica privada	2
Por correo electrónico	3
Por teléfono	4

32.d) ¿Cuál fue el motivo principal por el que consultó?

Examen rutinario y/o preventivo	1
Limpieza de boca	2
Dolor bucodental	3
Tratamiento de piezas dentales (empastes, extracciones, endodoncia, etc.)	4
Enfermedades de las encías	5
Funda, puentes, otro tipo de prótesis	6
Ortodoncia	7
Otros motivos	8

32.e) En los últimos 12 meses, es decir, desde..... hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, a un o una dentista/ortodoncista?

	VECES
04. Dentista y Ortodoncista	_____

CONSULTAS A OTROS ESPECIALISTAS SALUD Y MEDICINA COMPLEMENTARIA

33) Durante los últimos 12 meses. ¿Ha consultado, aunque sea por teléfono, a alguno/a de los siguientes especialistas de salud o medicinas alternativas?
(ENCUESTADOR/A: MOSTRAR TARJETA N° 3 y LEER)

	Sí	No
23. Fisioterapeuta	1	2
24. Podología	1	2
25. Psicología psicoterapeuta	1	2
26. Farmacéutico/a para pedir consejo	1	2
27. Trabajador/a social (derivado de problema de salud)	1	2
28. Osteópata	1	2
29. Homeopatía, acupuntura, otras medicinas complementarias	1	2
30. Curanderos/as, brujos/as	1	2
31. Otros, especificar.....	1	2

“URGENCIAS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 6 MESES.

Las siguientes preguntas se refieren a las urgencias sanitarias desde el día..... hasta ayer.

34.a) Desde..... hasta ayer, ¿ha solicitado alguna vez atención sanitaria urgente (en un centro distinto del habitual o en el centro habitual pero fuera de las horas de consulta)?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p35. a)	(p35. a)	(p35. a)	(p35. a)

34. b. 1) En los últimos 6 meses ¿Cuántas veces ha solicitado asistencia en urgencias?

	VECES
Total de asistencias en los últimos 6 meses	_ _ _

34. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas asistencias.

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_ _ _
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _ _
5. Yo mismo/a	_ _ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _ _
8. No sabe	_ _ _
9. No contesta	_ _ _

(PREGUNTAR POR LA ÚLTIMA VEZ QUE SE NECESITÓ ASISTENCIA URGENTE (Indique una sola respuesta))

34.c) Solicitó..... asistencia urgente porque. . .

El/la médico/a me lo mandó	1
Creía tener un problema de salud grave	2
Tenía un problema de salud leve pero es más cómodo ir a urgencias	3
Tenía un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata	4
Tenía un problema y no sabía su importancia	5
No sabe	8
No contesta	9

34.d) ¿Dónde tuvo lugar la asistencia principal?

En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.)	1
Hospital	2
Unidad móvil (ambulancia)	3
Ambulatorio o consultorio	4
Por teléfono	5
Otros (especificar)	6
No sabe	8
No contesta	9

34.e) ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

DIAS	HORAS	MINUTOS	No sabe	No contesta
_____	_____	_____	98	99

34.f) ¿Cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?

MINUTOS	HORAS	No sabe	No contesta
_____	_____	98	99

34.g) A continuación de la asistencia. . .

Ingresó en un hospital	1
Acudió o le enviaron a otro centro	2
Volvió a su domicilio con el problema resuelto	3
Volvió a su domicilio y necesitó los cuidados de su médico/a de cabecera	4
Volvió a su domicilio y necesitó los cuidados de un médico/a especialista	5
No sabe	8
No contesta	9

“HOSPITALIZACIONES”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

Las siguientes preguntas se refieren a las hospitalizaciones ocurridas desde el día..... Hasta ayer.

35.a) Desde..... hasta ayer, ¿..... ha estado hospitalizado/a alguna vez al menos durante una noche? (recordar partos)

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p36. a)	(p36. a)	(p36. a)	(p36. a)

35. b. 1) Desde..... hasta ayer, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado/a en total al menos durante una noche?

	VECES
Total de hospitalizaciones en los últimos 12 meses	_ _

35. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas hospitalizaciones.

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_ _
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _
5. Yo mismo/a	_ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _
8. No sabe	_ _
9. No contesta	_ _

35c) En relación también al último ingreso hospitalario ¿cuál fue el motivo principal de su ingreso en el hospital?

Intervención quirúrgica	1
Estudio médico para diagnóstico	2
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	3
Parto (incluye cesárea)	4
Otros motivos	5
No sabe	8
No contesta	9

Pasar a pregunta 35.f

35.d) ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p35.e)	(p35.f)	(p35.f)	(p35.f)

35.e) ¿Cuánto tiempo, en meses, estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

(Si el tiempo que estuvo en lista de espera es menor a un mes, anotar 00)

MESES	No sabe	No contesta
_ _	98	99

35.f) Desde..... hasta ayer, ¿cuántas noches..... ha estado hospitalizado/a en total?

|_|_| NOCHES

“HOSPITAL DE DÍA”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA 12 MESES

Las siguientes preguntas se refieren a la atención recibida en un hospital para realizar algún tipo de prueba diagnóstica, tratamiento o intervención, de cualquier especialidad, que necesite unas horas de seguimiento pero sin pasar la noche en el hospital, desde el día...hasta ayer. Incluya ingresos en cama o sillón, pero no deben incluir las camas las de urgencias o de observación.

36.a) Desde..... hasta ayer, ¿ha sido usted atendido/a para una intervención quirúrgica (operarse), tratamiento o hacerse alguna prueba de cualquier especialidad, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche, como por ejemplo en un “hospital de día”?

(Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p36.b1)	(p37.a)	(p37.a)	(p37.a)

36. b. 1) Desde..... hasta ayer, ¿Cuántos días ha tenido que ser atendido/a sin tener que pasar la noche?

	DÍAS
Total de atenciones recibidas en los últimos 12 meses	_ _

36. b. 2) Dígame ahora quién ha pagado cada una de esas atenciones.

	DÍAS
1. Osakidetza-Seguridad Social, (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS).	_ _
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _
5. Yo mismo/a	_ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANTAS...), mutua de afiliación privada	_ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _
8. No sabe	_ _
9. No contesta	_ _

36.c) ¿Cuál fue la razón principal del último ingreso que tuvo en el Hospital de día?

Un tratamiento	1
Una intervención quirúrgica	2
Prueba diagnóstica	3
Otros motivos	4
No sabe	8
No contesta	9

36.d) ¿Cuánto tiempo, en meses, estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ser atendido en el hospital de día?

(Si el tiempo que estuvo en lista de espera es menor a un mes, anotar 00)

MESES	No sabe	No contesta
_ _	98	99

“NECESIDADES NO CUBIERTAS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES,

La siguiente pregunta se refiere a las ocasiones en que desde el día..... hasta ayer, sintió la necesidad de recibir asistencia sanitaria y no la tuvo.

37. En los últimos 12 meses, ¿Ha necesitado alguno de los siguientes tipos de asistencia sanitaria y no se lo pudo permitir por motivos económicos?

	Sí	No	No lo he necesitado	No sabe	No contesta
a. Atención médica	1	2	3	8	9
b. Atención dental	1	2	3	8	9
c. Algún medicamento que le habían recetado	1	2	3	8	9
d. Atención de salud mental (psicólogo o psiquiatra, por ejemplo)	1	2	3	8	9

ENCUESTADOR/A, si la respuesta es NO, se debe indagar si se refiere a la categoría 2 (Necesité atención sanitaria pero no la recibí por ese motivo) o a la categoría 3 (No necesité atención sanitaria).

“CONSUMO DE MEDICAMENTOS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 2 DÍAS

Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre el consumo de medicamentos en los dos últimos días. **(MOSTRAR TARJETA N° 4)**

38.a) Ayer y/o anteayer ¿ha tomado o utilizado algún medicamento? POR FAVOR, no se olvide de los medicamentos que toma habitualmente por problemas crónicos, los suplementos dietéticos o vitaminas.

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9

(p38.b)

(p39.a)

(p39.a)

(p39.a)

38.b) A continuación le voy a mostrar una lista de medicamentos. ¿Cuál o cuáles de ellos ha tomado en los dos últimos días?

¿Se lo ha recetado el/la médico/a específicamente para esta ocasión, se lo ha aconsejado el/la farmacéutico/a o lo toma por propia iniciativa o aconsejado/a por otra persona?

N° de medicamento	Recetado por el/la médico/a específicamente para esta ocasión	Aconsejado por el/la farmacéutico/a	Por propia iniciativa o aconsejado/a por otra persona
01 Para el dolor y/o antiinflamatorios, para la fiebre	1	2	3
02 Laxantes	1	2	3
03 Vitaminas, minerales y tónicos	1	2	3
04 Para adelgazar	1	2	3
05 Para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2	3
06 Antibióticos	1	2	3
07 Para los nervios, ansiedad, tranquilizantes	1	2	3
08 Para la depresión	1	2	3
09 Para dormir (hipnóticos)	1	2	3
10 Para el corazón	1	2	3
11 Para el cáncer, quimioterapia	1	2	3
12 Para el colesterol	1	2	3
13 Para la diabetes (insulina y/o medicamentos)	1	2	3
14 Para la tensión arterial (hipertensión arterial)	1	2	3
15 Para el estómago y alteraciones digestivas	1	2	3
16 Para el asma	1	2	3
17 Para la alergia	1	2	3
18 Para la osteoporosis	1	2	3
19 Anticonceptivos (para no quedar embarazada)	1	2	3
20 Tratamiento hormonal sustitutorio (menopausia)	1	2	3
21 Para la diarrea	1	2	3
22 Para el reuma	1	2	3
23 Para la tiroides	1	2	3
24 Para la piel	1	2	3
25 Para los vómitos			
26 Medicamentos homeopáticos	1	2	3
27 Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	1	2	3
28 Otros (Preparados farmacéuticos)	1	2	3
29 Especificar		

“PROBLEMAS CRÓNICOS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

La siguiente cuestión se refiere a problemas de salud de larga duración o que puedan repetirse con frecuencia.

39a) ¿Tiene usted alguna enfermedad o problema de salud crónico haya sido o no diagnosticado por un/a profesional de salud y tenga o no un tratamiento?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p39.b)	(p40.a)	(p40.a)	(p40.a)

(ENCUESTADOR/A: Dar la tarjeta de problemas crónicos a la familia (TARJETA Nº 5). Leer detenidamente con ellos.)

39b) ¿Podría decirnos si tiene o ha tenido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré?

01. Caries	Sí	1	21. Cataratas	Sí	1
	No	2		No	2
02. Otros problemas bucodentales	Sí	1	22. Problemas de audición (incluye sordera)	Sí	1
	No	2		No	2
03. Hipertensión (tensión alta)	Sí	1	23. Problemas crónicos de la piel	Sí	1
	No	2		No	2
04. Diabetes	Sí	1	24. Problemas de tiroides	Sí	1
	No	2		No	2
05. Colesterol elevado	Sí	1	25. Alteraciones de la próstata (sólo hombres)	Sí	1
	No	2		No	2
06. Fibromialgia	Sí	1	26. Incontinencia urinaria	Sí	1
	No	2		No	2
07. Artrosis, artritis o reumatismo	Sí	1	27. Demencia, deterioro cognitivo	Sí	1
	No	2		No	2
08. Dolor de espalda crónico cervical	Sí	1	28. Ansiedad crónica	Sí	1
	No	2		No	2
09. Dolor de espalda dorsal o lumbar, ciática	Sí	1	29. Depresión crónica	Sí	1
	No	2		No	2
10. Asma	Sí	1	30. Otros problemas mentales	Sí	1
	No	2		No	2
11. Varices en las piernas	Sí	1	31. Migraña o dolores de cabeza frecuentes	Sí	1
	No	2		No	2
12. Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales	Sí	1	32. Osteoporosis	Sí	1
	No	2		No	2
13. Infarto agudo de miocardio	Sí	1	33. Anemia	Sí	1
	No	2		No	2
14. Otros problemas crónicos de corazón	Sí	1	34. Estreñimiento crónico	Sí	1
	No	2		No	2
15. Alergia crónica	Sí	1	35. Pie diabético	Sí	1
	No	2		No	2
16. Bronquitis crónica (EPOC, Enfisema)	Sí	1	36. Mala circulación de la sangre	Sí	1
	No	2		No	2
17. Úlcera de estómago o duodeno	Sí	1	37. Insomnio	Sí	1
	No	2		No	2
18. Hemorroides, almorranas	Sí	1	38. Problemas del riñón	Sí	1
	No	2		No	2
19. Cáncer	Sí	1	39. Otros	Sí	1
	No	2		No	2
20. Ceguera parcial o total	Sí	1	40. Especificar:		
	No	2			

“ACCIDENTES”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

Las siguientes preguntas se refieren a los accidentes que le causaron alguna lesión como rotura de huesos, ligamentos o dislocaciones, esguinces; cortes profundos, amputaciones o heridas; quemaduras; intoxicaciones ocurridos en los últimos 12 meses.

40.a) Desde..... hasta ayer, ¿ha tenido alguno de los siguientes accidentes con consecuencias en su salud como: caídas, quemaduras, golpes, intoxicaciones?

40.b) ¿Cuántos accidentes ha tenido? Cada accidente debe aparecer solamente una vez.

	40.a) SI	40.a) NO	40.a) No sabe	40.a) No contesta	Si 40 a) = 1 (SI) 40.b) ¿CUÁNTOS?
1. Fracturas o roturas de huesos, ligamentos o dislocaciones	1	2	8	9	_____
2. Cortes profundos, amputaciones o heridas	1	2	8	9	_____
3. Contusiones (golpes), hematomas	1	2	8	9	_____
4. Atragantamiento, casi ahogamiento, asfixia	1	2	8	9	_____
5. Quemaduras	1	2	8	9	_____
6. Intoxicaciones	1	2	8	9	_____

Si (p40.a1...a...p40.a6)= 2 pasar a p41.a

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL ÚLTIMO ACCIDENTE

40.c) ¿Dónde sufrió..... el último accidente?

En casa	1
De tráfico como peatón	2
De tráfico como pasajero/a o conductor/a	3
En el trabajo	4
En el centro de estudios	5
En un lugar de recreo o deporte	6
En un lugar público: calle, comercio, banco, bar, parque público	7
No sabe	8
No contesta	9

40.d) ¿Cómo se produjo este accidente? MECANISMO.

Caída a distinto nivel (desde una altura: escalera, silla...)	1
Caída a nivel del suelo	2
Choque o colisión	3
Objeto cortante	4
Fuego, líquidos calientes	5
Electricidad	6
Ingestión de productos tóxicos	7
Ingestión de medicamentos	8
Aspiración de cuerpos extraños	9
Otros	10
No sabe	98
No contesta	99

40.e) Como consecuencia de este accidente: CONSECUENCIAS.

	Sí	No	No sabe	No contesta
1. ¿Tuvo Vd. que suspender o disminuir sus actividades habituales de trabajo o de ocio?	1	2	8	9
2. ¿Tuvo Vd. que consultar al o a la médica habitual?	1	2	8	9
3. ¿Tuvo que ser atendido/a por un servicio de urgencias?	1	2	8	9
4. ¿Tuvo que ingresar al menos una noche?	1	2	8	9
5. ¿Tuvo que ser ingresado/a en la UCI?	1	2	8	9
6. ¿Le han quedado problemas físicos o mentales?	1	2	8	9

“INFORMACIÓN PERSONAL”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

Las siguientes preguntas se refieren a datos personales. El objetivo de esta sección es conocer las características sociodemográficas de la población, muy importantes a la hora de estudiar la salud de las personas que vivimos en el País Vasco. En ningún caso se utilizarán estos datos de forma individualizada.

ORDEN PERSONA

41.a) Fecha de nacimiento (día, mes, año)

día mes año

(ENCUESTADOR/A: PREGUNTAR Y ANOTAR AQUI LAS EDADES)

41.b) EDAD AÑOS

41.c) SEXO:

Varón	1
Mujer	6

41.d) (ENCUESTADOR/A: Anotar presencia o ausencia de cada uno de los miembros de la familia en la entrevista)

PRESENCIA.

Ausente	1
Presente	2

41. e.1) ¿Dónde nació Ud.?

NACIMIENTO.

C.A.P.V	1	(pasar a p41.g.1)
Resto de CCAA	2	Especificar CCAA <input type="text"/>
En el extranjero, país de la Unión Europea	3	Especificar país <input type="text"/>
En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea	4	

41. e. 2) ¿Cuál es su nacionalidad?

Española	1	Especificar nacionalidad..... <input type="text"/>
Española y otra	2	
Extranjera	3	

41. f. 1) ¿En qué año llegó a España?

AÑO DE LLEGADA:

41. f. 2) ¿En qué año llegó a la C.A. de Euskadi?

AÑO DE LLEGADA:

41. g. 1) ¿Cuál es el estado civil legal?

Soltero/a	1
Casado/a	2
Pareja de hecho	3
Separado/a	4
Divorciado/a	5
Viudo/a	6
No sabe	8
No contesta	9

41.g.2) ¿Vive actualmente en pareja?

Sí	1
No	2

41.h) ¿Cuál es el parentesco de en relación con la persona de referencia?

Persona de referencia	1
Cónyuge o pareja	2
Hijo/a, hijastro/a	3
Padre, madre	4
Suegro/a	5
Yerno, nuera	6
Otros parientes	7
No emparentados/as	8
No sabe	98
No contesta	99

41.i) ¿Respecto a las labores del hogar con qué frecuencia las realiza?

Siempre que se realizan	1
Casi siempre que se realizan	2
En algunas ocasiones	3
Casi nunca	4
Nunca	5

Si p41.i = 5 pasar a p41.k si es la persona de referencia

Si p41.i = 5, no es la persona de referencia y edad > = 10 años pasar a p42.a

Si p41.i = 5, y edad < 10 años pasar a p44

41.j) ¿Cuántas horas dedica de media al día a las labores del hogar? (Apuntar el número de horas y minutos)

	Laborables	Fines de semana
. . N° de horas	_____	_____
. N° de minutos	_____	_____

Las preguntas 41.k y 41.l las contesta únicamente la **PERSONA DE REFERENCIA**

41.k) ¿Cuenta el hogar con alguna persona a la que se remunere para realizar las labores del hogar (limpiar, cocinar, planchar...)?

Sí	1
No	2

41.l) Hay una serie de tareas domésticas más relacionadas con la organización o planificación del hogar como pensar cuándo y qué hay que limpiar, prever la lista de la compra, pensar cuándo hay que poner la lavadora, etc. ¿Quién se encarga de este tipo de tareas?

		Número de orden de la persona 1	Número de orden de la persona 2	Número de orden de la persona 3
Solamente una persona de la familia	1	_____		
Principalmente una persona de la familia con la ayuda de una o más personas de dicha familia	2	_____	_____	_____
Varias personas de la familia por igual	3	_____	_____	_____

NOTA: Tantos códigos del orden como sean necesarios. En la opción 2, la persona principal ocupa el lugar 1, y así en orden de responsabilidad.

PARA QUIENES TENGAN 10 o MÁS AÑOS

42.a) ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido. . . ? Sólo se contabilizarán los estudios terminados

No saben leer ni escribir. Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir.	1
Estudios primarios incompletos: Saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en educación infantil.	2
Estudios primarios o equivalentes: Educación Primaria (LOE/LOGSE) , EGB primera etapa (5 cursos aprobados), Educación básica en centros de Educación Especial.	3
Educación secundaria de 1ª etapa: Formación comprendida entre los 11 ó 12 y los 14 (sistema antiguo) o 16 (sistema actual). ESO, EGB (8 cursos aprobados), Graduado escolar, Certificado de estudios primarios.	4
Estudios de bachillerato: Bachillerato (LOE/LOGSE), BUP (con o sin COU), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario).	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes: FP 1 y Módulos Profesionales nivel 2, Oficial industrial, Certificado de aptitud de escuelas oficiales de idiomas, títulos de antiguas Escuelas de Comercio, título profesional de Grado Medio de Música y Danza, otras enseñanzas de grado medio de formación profesional específica.	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado, Maestro/a industrial.	7
Estudios universitarios de 1º ciclo: Diplomaturas, primer ciclo aprobado de 3 años o 180 créditos de un estudio universitario de 2 ciclos.	8
Estudios universitarios de 2º ciclo o equivalentes: Licenciaturas, grado superior de Música y Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master.	9
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a.	10

PARA QUIENES TENGAN ENTRE 25 Y 50 AÑOS, ambos inclusive

42.b) ¿Vive con su padre?

. Sí	1	Pasar a p42.e
. No	2	Pasar a p42.c

42.c) ¿Dónde nació su padre?

. C.A.P.V	1	
. Resto de CCAA	2	Especificar CCAA
. En el extranjero, país de la Unión Europea	3	Especificar país
. En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea	4

42.d) ¿Cuál era el mayor nivel de estudios de su padre cuando usted tenía 12 años?

No saben leer ni escribir. Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir.	1
Estudios primarios incompletos: Saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en educación infantil.	2
Estudios primarios o equivalentes: Educación Primaria (LOE/LOGSE) , EGB primera etapa (5 cursos aprobados), Educación básica en centros de Educación Especial.	3
Educación secundaria de 1ª etapa: Formación comprendida entre los 11 ó 12 y los 14 (sistema antiguo) o 16 (sistema actual). ESO, EGB (8 cursos aprobados), Graduado escolar, Certificado de estudios primarios.	4
Estudios de bachillerato: Bachillerato (LOE/LOGSE), BUP (con o sin COU), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario).	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes: FP 1 y Módulos Profesionales nivel 2, Oficial industrial, Certificado de aptitud de escuelas oficiales de idiomas, títulos de antiguas Escuelas de Comercio, título profesional de Grado Medio de Música y Danza, otras enseñanzas de grado medio de formación profesional específica.	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado, Maestro/a industrial.	7
Estudios universitarios de 1º ciclo: Diplomaturas, primer ciclo aprobado de 3 años ó 180 créditos de un estudio universitario de 2 ciclos.	8
Estudios universitarios de 2º ciclo o equivalentes: Licenciaturas, grado superior de Música y Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master.	9
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a.	10

42.e) ¿Vive con su madre?

Sí	1	Pasar a p42.h
No	2	Pasar a p42.f

42.f) ¿Dónde nació su madre?

. C.A.P.V	1	
. Resto de CCAA	2	Especificar CCAA
. En el extranjero, país de la Unión Europea	3	Especificar país
. En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea	4

42.g) ¿Cuál era el mayor nivel de estudios de su madre cuando usted tenía 12 años?

No saben leer ni escribir. Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir.	1
Estudios primarios incompletos: Saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en educación infantil.	2
Estudios primarios o equivalentes: Educación Primaria (LOE/LOGSE) , EGB primera etapa (5 cursos aprobados), Educación básica en centros de Educación Especial.	3
Educación secundaria de 1ª etapa: Formación comprendida entre los 11 ó 12 y los 14 (sistema antiguo) o 16 (sistema actual). ESO, EGB (8 cursos aprobados), Graduado escolar, Certificado de estudios primarios.	4
Estudios de bachillerato: Bachillerato (LOE/LOGSE), BUP (con o sin COU), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario).	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes: FP 1 y Módulos Profesionales nivel 2, Oficial industrial, Certificado de aptitud de escuelas oficiales de idiomas, títulos de antiguas Escuelas de Comercio, título profesional de Grado Medio de Música y Danza, otras enseñanzas de grado medio de formación profesional específica.	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado, Maestro/a industrial.	7
Estudios universitarios de 1º ciclo: Diplomaturas, primer ciclo aprobado de 3 años ó 180 créditos de un estudio universitario de 2 ciclos.	8
Estudios universitarios de 2º ciclo o equivalentes: Licenciaturas, grado superior de Música y Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master.	9
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a.	10

PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

PERIODO DE REFERENCIA: 1 SEMANA

42.h) ¿Cuál fue su situación principal, en relación a la actividad durante la semana anterior a la encuesta?

Ocupado/a	1	Pasar a la p43.a
Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente	2	Pasar a la p42.i
Buscando el primer empleo	3	Pasar a la p42.l
Jubilado/a, retirado/a, pensionista	4	Pasar a la p42.k
Rentista	5	
Estudiando	6	
Tareas del hogar	7	
Incapacitado/a	8	
Otras situaciones	9	
No sabe	98	
No contesta	99	

42.i) ¿Cuántos meses lleva en paro?

_ _ _ _ _ MESES

42.j) ¿Percibe prestación por desempleo o alguna otra ayuda o subsidio (renta básica, etc.)?

Sí	1	Pasar a la p43.a
No	2	

42.k) ¿Ha tenido un empleo remunerado en algún momento de su vida?

Sí	1	Pasar a la p43.a
No	2	Pasar a la p42.1

42.l) ENCUESTADOR/A: seleccione la primera opción que se adapte a la persona en relación a su situación en el hogar

Pareja de una persona que reside en el hogar	1	ANOTAR orden de la pareja en la familia : __ __ y pasar a la p44
Pareja de una persona que no reside en el hogar	2	Pasar a la p43a y recoger ocupación de esa pareja
Recibe prestación o pensión derivada de otra persona (fallecida, divorciada, etc.)	3	Pasar a la p43a y recoger ocupación de esa persona de la que deriva la prestación o pensión
Hijos/as y otras personas a cargo de una o varias personas del hogar	4	ANOTAR orden de las personas a cargo: __ __ y pasar a la p44
Otras situaciones	5	Pasar a la p44

ENCUESTADOR/A: es IMPRESCINDIBLE rellenar estas preguntas (p43.a-p43.c.2)

43.a) ¿Qué cargo o categoría tiene en su lugar de trabajo?

Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as	1
Técnico/a Superior	2
Técnicos/as medios/as (Contables, Peritos/as)	3
Capataces, Encargados/as, Viajantes	4
Técnicos/as especialistas, Oficiales, Administrativos/as	5
Técnicos/as auxiliares, Aux. Clínica, Aux. Administrativo, Dependientes/as	6
Conserjes, Ordenanzas, Peones/as, Aprendices/zas, Ayudantes/as	7
No sabe	8
No contesta	9

43.b) ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

ENCUESTADOR/A: NO CODIFICAR y ANOTAR siempre respuesta en texto

ANOTAR LA OCUPACIÓN.....

OCUPACIÓN. Código de ocupación: [][][][]

43.c.1) ¿Cuál es o ha sido su relación laboral con la empresa en la que trabaja o ha trabajado más años?

Directivo/a, empresario/a o gerente en empresas con menos de 10 trabajadores	1
Directivo/a, empresario/a o gerente en empresas con 10 o más trabajadores	2
Trabajador/a por cuenta propia, autónomo/a	3
Cooperativista	4
Funcionario/a ,trabajador/a del sector público	5
Asalariado/a	6
Trabaja sin contrato	7
Otras (Especificar)	8

43.c.2) ¿Tiene (o tenía en su último trabajo) trabajadores a su cargo? ¿Cuántos?

No	1
Sí, 1 persona	2
Sí, de 2 a 9 personas	3
Sí, de 10 a 20 personas	4
Sí, más de 20 personas	5

PARA LAS PERSONAS QUE ESTÁN TRABAJANDO

43.d) ¿En la última semana que ha trabajado, cuántas horas lo ha hecho de forma remunerada por muy pequeño que haya sido este trabajo?

|_|_|_|_| HORAS

43.e) ¿Qué tipo de jornada laboral tiene Vd.?

Jornada partida (mañana y tarde)	1
Jornada continua de mañana	2
Jornada continua de tarde	3
Jornada continua de noche	4
Turnos de mañana y tarde	5
Turnos que incluyen noches	6
Jornada reducida	7
Jornada irregular o variables según los días	8

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

44. ¿En qué entidad o entidades está asegurado/a sanitariamente?

Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas. Se admiten varias respuestas. (MÚLTIPLE) Las categorías 44.a, 44.b y 44.c son excluyentes

	Si	No
a. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (tiene la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS), Seguridad Social	1	2
b. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	1	2
c. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	1	2
d. Aseguradora sanitaria privada concertada individualmente (IMQ, Sanitas, Adeslas, etc.)	1	2
e. Aseguradora sanitaria privada pagada por la empresa (IMQ, Sanitas, Adeslas, etc.)	1	2
f. No tiene ningún aseguramiento sanitario, sólo utiliza médicos/as privados/as	1	2
g. Otra situación	1	2
h. No sabe	1	2
i. No contesta	1	2

Especificar.....

Para finalizar las preguntas relativas a cada persona, le vamos a pedir algunos datos personales. Tenga en cuenta que esa información solamente será utilizada con fines estadísticos y será analizada de forma totalmente anónima. Asimismo, esta información, al igual que la de todo el cuestionario, está protegida por el secreto estadístico y la Ley de Protección de Datos.

45. ¿Le importaría facilitarme su número de tarjeta de Osakidetza, es decir, de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS)?

IMPORTANTE: recoger SIEMPRE esta información

TIS

--	--	--	--	--	--	--	--

“PREGUNTAS RELATIVAS A LA UNIDAD FAMILIAR”

RESPONDER POR LA PERSONA DE REFERENCIA (habrá un solo valor para cada familia)

46.a) ¿Podría decirme, cuál de los intervalos que aparecen en la tarjeta representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones de impuestos, Seguridad Social, etc.)? (TARJETA N° 6)

Sin ingresos	1
Hasta 500 €	2
501 – 1.000 €	3
1.001 – 1.500 €	4
1.501 – 2.000 €	5
2.001 – 2.500 €	6
2.501 – 3.500 €	7
3.501 – 5.000 €	8
5.001 – 7.000 €	9
7.001 – 10.000 €	10
Más de 10.000 €	11
No sabe	98
No contesta	99

46.b) Con los ingresos de su hogar ¿cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes? (TARJETA N° 7)

Con mucha dificultad	1
Con dificultad	2
Con cierta / alguna dificultad	3
Con cierta / alguna facilidad	4
Con facilidad	5
Con mucha facilidad	6
No sabe	8
No contesta	9

SECCIÓN “GASTOS SANITARIOS PRIVADOS”

- 47.a) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 15 días en productos farmacéuticos, que tienen alguna relación directa con problemas de salud, sin que le hayan sido reembolsados los gastos?
- 47.b) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses en aparatos y material terapéutico? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.c) ¿Cuánto ha gastado su familia en el último mes por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.d) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.e) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos de los y las dentistas? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.f) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios sanitarios no médicos recibidos del personal sanitario (no médico)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.g) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 12 meses como consecuencia del internamiento en un centro hospitalario? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.h) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 12 meses en primas de Seguros Privados de Asistencia Sanitaria sin que le hayan sido reembolsados los gastos?
- 47.i) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por el pago de Volantes, Tickets o Cheques de Asistencia a Entidades, sin que le hayan sido reembolsados los gastos?

EN EUROS		PAGO DIRECTO	REINTEGROS	TOTAL
a)	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (últimos 15 días)			
b)	APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO (últimos 6 meses)			
c)	SERVICIOS MÉDICOS (no dentistas) (último mes)			
d)	SERVICIOS MÉDICOS (no dentistas) (últimos 6 meses)			
e)	DENTISTAS (últimos 6 meses)			
f)	SERVICIOS SANITARIOS NO MÉDICOS (últimos 6 meses)			
g)	HOSPITALIZACIONES (últimos 12 meses)			
h)	SEGUROS			
	PRIMAS (últimos 12 meses)			
i)	PRIVADOS			
	VOLANTES (últimos 6 meses)			