OBSERVACIONES	

V. Incapacidades aborales	V. Cuidado de menores					VI. Adu	Itos may	ores		
Sólo para personas de 14 años y más	Sól	o menores de	Sólo para personas de 60 años y más							
21	22	23	24	25		20	6	27	¿Cuánto pagó el mes pasado por el cuidado de (NOMBRE)? ANOTA LA CANTIDAD INDICADA EN PESOS, SIN CENTAVOS No sabe999999	
c (NOMBRE) recibió alguna ncapacidad no licencia médica) por ese motivo? ANOTA EL CÓDIGO INDICADO Si 1 No 2 No sabe 9	Cuando la mamá de (NOMBRE) se va a trabajar, ¿el(la) menor se queda ANOTA EL CÓDIGO INDICADO en una guardería (o estancia infantil)? ¿Del IMSS?	¿Cuál es la razón por la que (NOMBRE) no utiliza los servicios de guardería? ANOTA EL CÓDIGO INDICADO No tiene derecho1 No hay lugar	¿Cuánto pagó el mes pasado a la guardería o a la persona que cuida a (NOMBRE)? ANOTA LA CANTIDAD INDICADA EN PESOS, SIN CENTAVOS No pagó nada0 No sabe999999	¿Regularmente a hora inicia el cuid de (NOMBRE) y cuántas horas lo cuidan al día? ANOTA LA HORA Y MINU LA QUE INICIA EL CUIDAL MENOR ANOTA EL TIEMPO DE CUEN HORAS COMPLETO	JTOS A DO DEL JUIDADO TAS	¿(NOMBF requiere ayuda pa su desplazarse solo fuera del hogar? tomar sus medicamentos? tomar su dinero? vestirse o bañarse? tomar sus alimentos? ir al baño so y asearse? levantarse y moverse der de la casa? hacer sus compras? recordar o relacionarse (tiene demer senil, Alzhai otras)? No requiere ayuda No sabe	de ra MÁS DE DOS TALOS DOS EROS 01 02 as03 04 05 lo06 atro07 08 acia mer,09 08	¿La persona que ayuda o cuida a (NOMBRE) es ANOTA EL CÓDIGO INDICADO familiar con pago? 1 no familiar con pago? 2 familiar sin pago? 3 no familiar sin pago? 4 Nadie 5		
Por	Código	Código	Monto	Hora de inicio H	loras al día	Códigos		Código	Monto	
			\$						\$	
			\$						\$	
			\$						\$	
		L \$							\$	
			\$						\$	
			\$						\$	
			\$						\$	
			\$:	1	1 1	1 1 1		\$	
			Ψ						T	



Supervisor(a):

Crítico(a) validador(a):

CONFIDENCIALIDAD

no sea el estadístico."

RESULTADO DE LA

Conforme a las disposiciones del Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que

FORMA ____ DE ___ FORMAS

FECHA

ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, 2009 (ENESS 2009)

TRANSCRIBE DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

NÚMERO DE VIVIENDA HOGAR

CONTROL	SELECCIONADA		MUDADO		ENTREVISTA						
							DÍA MES AÑO				
		RFC									
Entrevistador(a):											

HOGAR

I. Afiliación, prestaciones médicas y discapacidad															
	Para toda la población														
	1		2	2	3	3	4	1		5	6				
TRANSCRIBE DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO EL NÚMERO DE RENGLÓN, NOMBRE Y EDAD DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR			¿(NOMBRE servicios m prestacion	### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	trabajador(a asegurado(a titular? afiliado(a) pocuenta propiestudiante disachillerato, preparatoria licenciatura estudios superiores? pensionado(a) cónyuge o pareja del asegurado(a hijo(a) de asegurado(a padre o madre del asegurado(a No sabe	Sos sos so o ones s Scóbigos ADOS ADOS PASA PASA	CORRESP	ar que inotado, ifilió a iE) en UCIÓN)? NÚMERO LON QUE ONDA A LA DE LA LISTA 6 vive	De abril de 20 mencione los médicos a los (NOMBRE) ac mayor frecue ANOTA LOS CÓDIA PUEDEN SER HA IMSS	servicios seque sudió con ncia: GOS INDICADOS; STA 2 SERVICIOS 01	En los últimos 12 meses ¿en qué tipo de unidades médicas del IMSS ha recibido atención (NOMBRE)? ANOTA LOS CÓDIGOS INDICADOS Clínica 1 Hospital 2 Centro médico 3 En los tres tipos de unidad 4 No sabe 9				
Renglón	Nombre	Edad	Cód	igos	Códi	gos	Número d	le renglón	Cód	igos	Códigos				
Ш															
Ш															

										OBSE	RVACIO	ONES									
-																					
_																					
I. Afi	liación, prestaciones m	édicas y discapacidad	II. Cotizacio	nes a la segu	ıridad so	cial						III. Pensiones IV. Incapacidades laborales									
	Para toda la p					I		T				1	-	nas de 14 años	I						
	7 ¿Cuánto gastó	8 Por causa de	9 10 ¿Actualmente ¿Alguna vez				11 12 ¿Cuál fue el último año en ¿Cuánto tiempo ha cotizado				ıdo	13 14 15 ¿(NOMBRE) ¿Esa pensión ¿Cuánto ¿Co			16 ¿Cuál es	17 De abril de 2008 a la	18 ¿Cuántos	19 De abril de 2008 a la	20 ¿Cuántos días		
Louanto gastó (NOMBRE) en los últimos 3 meses por servicios de salud? ANOTA LA CANTIDAD INDICADA EN PESOS, SIN CENTAVOS No gastó nada		¿Actualmente (NOMBRE) coti: en SI COTIZA EN MÁS DE INSTITUCIONES ANOTE QUE TENGA MÁS TIEN COTIZANDO el IMSS?	za (NOMBR en DOS SI COTIZÓ E ELAS INSTITUCION	N MÁS DE DOS NES ANOTE LAS D MÁS TIEMPO	el que (NOMBI (INSTITUCIÓN ANOTA EL AÑO CON 4 ORDEN REGISTRADI 10 No sabe	RE) cotizó en N)? 4 DÍGITOS, SEGÚN EL	ANOTA EL TIEMPO INDICADO EN AÑOS Y MESES, SEGÚN EL ORDEN REGISTRADO EN LA PREGUNTA 9 O 10				ANOTA EL CÓD SI TIENE M. PENSIÓN ANOT DE MAYOF (LOS PROG	ASIÓN ASIÓN INDICADO AS DE UNA A PRIMERO LA RAMAS DE MICO NO SON NNES)	de (NOMBRE) es por ANOTA EL CÓDIGO INDICADO SI TIENE MAS DE UNA PENSIÓN (PREGUNTA 13), PREGUNTA POR LA DE MAYOR MONTO retiro o vejez?1 accidente o enfermedad de trabajo?	tiempo tiene (NOMBRE) recibiendo esa pensión? ANOTA EL TIEMPO INDICADO EN AÑOS Menos de un año	el monto mensual de la pensión de (NOMBRE)? ANOTA LA CANTIDAD INDICADA EN PESOS, SIN CENTAVOS No sabe999999	fecha ¿ (NOMBRE) ha tenido que atenderse por ANOTE EL CÓDIGO INDICADO SI TUVO MÁS DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PREGUNTA POR LA OPCIÓN QUE HAYA AFECTADO DURANTE MÁS TIEMPO LAS ACTIVIDADES DE LA PERSONA Y REGISTRA ÉSTA una enfermedad relacionada con su trabajo?	ANOTA LOS DÍAS O EL CÓDIGO INDICADO Ninguno000 No regresó a trabajar997 No sabe999 SI ES HOMBRE PASA A 21	per abril de 2008 a la fecha (NOMBRE) ¿ha tenido que atenderse por SI TUVO MÁS DE UN EVENTO PREGUNTA POR LA OPCIÓN QUE HAYA AFECTADO DURANTE MÁS TIEMPO LAS ACTIVIDADES DE LA PERSONA Y REGISTRA ÉSTA parto?	ANOTA LOS DÍAS O EL CÓDI INDICADO Ninguno		
	Monto	Códigos	Institución 1 Institu	ción 2 Institución 1	Institución 2	Institución 1 año	Institución 2 año	Institu Años	ición 1 Meses	Institud Años	ción 2 Meses	Cód	igos	Tipo de pensión	Años	Monto	Código	Días	Código	Días	
	\$											Ш				\$					
	\$															\$					
	\$															\$					
	\$															\$					
Ш	\$															\$					
Ш	\$															\$					
	\$															\$					
Ш	\$															\$					
	\$															\$					