

ENCUESTA NACIONAL SOBRE NIVELES DE VIDA DE LOS HOGARES

(ESTE LIBRO DEBERÁ APLICARSE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
1. Entidad federativa:				
2. Municipio:				
3. Localidad:				
4. A.G.E.B:				
5. Estrato:				
6. Período de levantamiento:			1	2

ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN LA HOJA PRE-IMPRESA SI EL HOGAR FUE SELECCIONADO Y REGISTRE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA.

SAX 1. HOGAR SELECCIONADO
3. NO

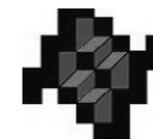
FOLIO | | | | | | | | | |

RESULTADO DE LA ENTREVISTA DEL LIBRO | | |

ANOTE LA CANTIDAD DE SUPLEMENTOS | | |

LA ENCUESTA ESTÁ AUTORIZADA POR LA LEY DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA, CAPÍTULO V. DE ACUERDO AL ARTÍCULO 38º DE DICHA LEY. LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CON CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

CONFIDENCIAL



Instituto Nacional de Salud Pública



MEDIDAS DE SALUD (SA)

LS00	LS01	SA00x	SA00		SA01	SA01a	SA02	SA02a	SA03
No. de línea del MHG (2009)	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	ID DEL ENTREVISTADOR	FECHA	HORA DE INICIO	SEXO DEL ENTREVISTADO	HORA DEL ÚLTIMO ALIMENTO HH : MM (En las últimas 24 horas)	¿Cuándo nació usted [...]? Día / mes / año	MÉTODO DE OBTENCIÓN DE FECHA DE NACIMIENTO	¿Cuántos años tiene usted [...]?
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07
		_____	A. ____/____/____ DÍA MES AÑO	B. ____:____ Hrs. Min.	1. Hombre 3. Mujer	1. ____:____	1. ____/____/____ 8. NS	1. 2.	_____ SI ES MENOR A 12 AÑOS → SA07

CODIGO SA02a
1. Recordatorio del informante
2. Documento oficial

MEDIDAS DE SALUD (SA)

LS00	LS01	SA03b	SA03c	SA03d	SA03e	SA04	SA05	SA07	SA07a	SA08
No. de línea del MHG (2009)	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	En su opinión, ¿con cuál de las siguientes imágenes se identifica usted?	ENTREVISTADOR VERIFICAR SI EL ENTREVISTADO ES HOMBRE O MUJER	ESTADO FISIOLÓGICO	Día/Mes para el que se espera el nacimiento (dd/mm)	¿Cuánto mide usted? (EDAD ≥12)	¿Cuánto pesa usted? (EDAD ≥12)	TALLA / LONGITUD (cm.) (SI ES MENOR DE 2 AÑOS MEDIR ACOSTADO)	MÉTODO DE MEDIDA	PESO (Kg.)
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	1. Hombre →SA04 3. Mujer	1. Embarazada 2. Lactando→SA04 3. Ninguna de las anteriores→SA04	1. ___/___ 8. NS	1. ___ ___ Mts. Cms. 8. NS	1. ___ . ___ Kgs. Grs. 8. NS	1. ___ . ___ 3. _____	1 3	1. ___ . ___ 3. _____

CÓDIGO SA07, SA08
1. Medida
3. Razón por la que no fue medido

CÓDIGO SA07a
1. Parado
3. Acostado

MEDIDAS DE SALUD (SA)

LS00	LS01	SA11X	SA11	SA11a	SA11b	SA12	SA12a
No. de línea del MHG (2009)	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	ENTREVISTADOR: VERIFICAR EDAD	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA (cm) (EDAD ≥15)	CIRCUNFERENCIA DE CADERA (cm) (EDAD ≥15)	TALLA SENTADO (cm) (EDAD ≥15)	1 ^{RA} TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL SISTOLE / DIASTOLE (EDAD ≥15)	1 ^{RA} TOMA DE PULSO (EDAD ≥15)
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____
		1. ≥15 AÑOS 3. < 15 AÑOS →SA16	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ . ____ 3. _____	1. ____ / ____ 3. _____	1. ____

CÓDIGO SA11, SA11a, SA11b, SA12
 1. Medida
 3. Razón por la que no fue tomada

MEDIDAS DE SALUD (SA)

LS00	LS01	SA14	SA14a	SA16X1	SA16X2	SA16b	SA16c	SA16d	SA16
No. de línea del MHG (2009)	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	2 ^{DA} TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL SISTOLE / DIASTOLE (EDAD ≥15)	2 ^{DA} TOMA DE PULSO (EDAD ≥15)	ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EDAD	ENTREVISTADOR: VERIFICAR PORTADA. (SAX) 1. SI 3. NO →SA16	COLESTEROL TOTAL (mg/dL) (SI HAY UN MENSAJE DE ERROR, ESCRIBA EN 3 EL MENSAJE QUE APARECE EN LA PANTALLA DE LA MAQUINA)	COLESTEROL HDL (mg/dL)	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (%)	HEMOGLOBINA(g/dL)
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____
		1. _____/_____ 3. _____	1. _____	1. ≥45 AÑOS → SA16b 3. 15-44 AÑOS	1 3 →SA16	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____	1. _____ 3. _____

CÓDIGO SA14, SA16b/c/d, SA16
1. Medida
3. Razón por la que no fue tomada

MEDIDAS DE SALUD (SA)

LS00	LS01	SA17x	SA17a	SA18	SA19	SA20	SA21	SA21a
No. de línea del MHG (2009)	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	¿TOMÓ MUESTRA DE SANGRE? (PAPEL FILTRO)	PEGAR ETIQUETA	ANOTE SI EL ENCUESTADO PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD VISIBLE, INFECCIÓN DE LA PIEL, TOS, HERIDAS, ETC.	ANOTE SI EL ENCUESTADO SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD (PARÁLISIS, SORDERA, CEGUERA, DISCAPACIDAD MENTAL)	¿QUÉ TIPO DE ROPA LLEVABA PUESTA LA PERSONA DURANTE LAS MEDICIONES?	RESULTADO DE LA TOMA DE MEDIDAS	RAZÓN
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____
		1. _____ 3. _____		1. _____ 3. No	1. _____ 3. No	1. Ropa ligera 2. Ropa gruesa 3. Otro _____	1. Completa →SA22 2. Incompleta	1 2 3 4 5. _____

CODIGO SA17X
1. Medida
3. Razón por la que se fue tomada

CODIGO SA18/19
1. Especificar enfermedad/discapacidad
3. No tiene enfermedad/discapacidad

CODIGO SA21a
1. Problema físico
2. No cooperó
3. Se negó
4. No se encontró al momento de la visita
5. Otro (especificar)

MEDIDAS DE SALUD (SA)

LS00	LS01	SA22	SA24	SA25	SA26
No. de línea del MHG (2009)	NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO DEL HOGAR	ENTREVISTADOR: EN SU OPINIÓN ¿CÓMO COMPARA, EN GENERAL, LA SALUD DEL ENCUESTADO CON LA DE PERSONAS DE SU MISMA EDAD Y SEXO?	ENTREVISTADOR: ¿HUBO ALGUNA INTERRUPCIÓN, DE MÁS DE 30 MINUTOS EN LA TOMA DE ALGUNA MEDIDA? O ¿HUBO ALGUN OTRO PROBLEMA CON LAS MEDICIONES?	EXPLIQUE LA RAZÓN/ EL PROBLEMA	HORA DE TERMINACIÓN
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min.
		Mucho Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 Mucho Mejor 9 Igual	1. Si 3. No → SA26		1. ____ : ____ Hrs. Min. → SA30
SA30. ENTREVISTADOR: ¿HAY SUPLEMENTO? 1. SI 3. NO → SIGUIENTE SECCIÓN					

NOTAS DE LA SESIÓN DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE)

ENTREVISTADOR: COMPLETE UNA FILA AL FINAL DE CADA SESIÓN DE MEDICIÓN DE ESTE HOGAR.

NE00X	NE01	NE02	NE03	NE04	NE05	NE06	NE07	NE08	NE09	NE10	NE11
NÚMERO DE LA SESIÓN DE MEDICIÓN	ID DEL ENTREVISTADOR	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN	TEMPERATURA (C)	HUMEDAD (%)	ID DEL CARDIO-CHEK	ID DEL HEMOCUE	ID DEL OMRON	ID DEL IN2IT	OBSERVACIONES
1	_ _ _	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____ _____ _____
2	_ _ _	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____ _____ _____
3	_ _ _	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____ _____ _____
4	_ _ _	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____ _____ _____
5	_ _ _	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____ _____ _____
6	_ _ _	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _ : _ _ Hrs. Min.	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____ _____ _____

CONTROL DE VISITAS

NÚMERO DE VISITAS	FECHA DE LA VISITA			SECCIONES CONTESTADAS	FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA					
	DÍA	MES	AÑO		HRS.	MIN.	DÍA	MES	AÑO	
1				SA	NE					
2				SA	NE					
3				SA	NE					
4				SA	NE					
5				SA	NE					

REGISTRO DE PERSONAL

PUESTOS	NOMBRE	CLAVE	FIRMA	FECHA DE ENTREGA
ENTREVISTADOR EN HOGARES				
SUPERVISOR				
EDITOR				