

## FORMATO SUGERIDO PARA SER APLICADO A NIVEL DE LOS HOGARES

<b>BOLETA NÚMERO (a llenar en la oficina)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

<b>Departamento</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Primera división administrativa
<b>Municipio</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Segunda división administrativa
<b>Comunidad</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Caserío</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Fecha de la encuesta</b>		
<b>Encuestador</b>		
<b>Supervisor</b>		
<b>Entrevistada(o)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dirección (opcional)</b>
<b>1.</b>		
<b>2.</b>		
<b>3.</b>		

SECCION I: CONTEXTO			
<b>¿Qué evento(s) afectaron a la familia?</b>	1. Inundaciones 2. Deslizamientos 3. Terremoto 4. Desplazamiento de personas 5. Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lista de eventos según el contexto

<b>¿Cuántas personas viven en el hogar?</b>		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>¿Cuántas personas de los diferentes grupos de edad viven en el hogar?</b>	1. Menores de 2 años	<input type="text"/>
	2. De 3 a 5 años	<input type="text"/>
	3. De 6 a 17 años	<input type="text"/>
	1. De 18 a 60 años	<input type="text"/>
	2. Mayores de 60 años	<input type="text"/>
<b>¿Quién es el jefe del hogar</b>	1. Hombre 2. Mujer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿Cuántas mujeres embarazadas o lactantes viven en el hogar? (0 si no hay)</b>		<input type="text"/>
<b>¿Cuántas personas discapacitadas viven en el hogar? (0 si no hay)</b>		<input type="text"/>
<b>¿Cómo fue afectada su vivienda por el evento?</b>	1. Destruída completamente 2. Destruída parcialmente 3. Poco afectada 4. No afectada	<input type="checkbox"/>

<b>¿Dónde están viviendo actualmente?</b>	1. En albergues comunitarios (escuela, local comunal) 2. En tiendas, dispersas 3. En campamentos grupales 4. En casas de familiares, amigos, otras personas 5. En su vivienda habitual 6. Otro lugar (Esp) _____	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

**SECCION II: SERVICIOS BÁSICOS**

<b>¿Cuál es la principal fuente de agua para consumo?</b>		
1. Agua entubada / sistema de agua 2. Pozo protegido 3. Pozo no protegido 4. Agua embotellada	5. Carro cisterna, compra de agua 6. Agua de lluvia 7. Río, manantial, lago 8. Otra fuente	
<b>ANTES DEL EVENTO</b>	<b>AHORA</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Qué tipo de servicio de saneamiento tienen?</b>		
1. Letrina, pozo ciego 2. Baño con taza	3. No tiene, campo, río 4. Otro	
<b>ANTES DEL EVENTO</b>	<b>AHORA</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Hay suficiente disponibilidad de agua?</b> 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Cuál es el combustible que utilizan para cocinar?</b>		
1. Leña, carbón 2. Gas 3. Electricidad	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Hay suficiente combustible para cocinar?</b>		
1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Los miembros de la familia duermen con mosquitero?</b>		
1. Todos 2. Sólo niños 3. Sólo adultos 4. Algunos niños y adultos 5. Ninguno duerme con mosquitero	<input type="checkbox"/>	

**SECCION III: MIGRACION –MOVIMIENTO DE PERSONAS**

<b>¿Tienen familiares viviendo en otro lugar?</b> 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
<b>En caso que sí, ¿Dónde ?</b>	
1. En otros departamentos 2. En el extranjero 3. Otros lugares	<input type="checkbox"/>

¿Les envían remesas? 1. Si	2. No	<input type="checkbox"/>
<b>En caso que sí ¿con qué frecuencia?</b>		<input type="checkbox"/>
1. Mensualmente	4. Ocasionalmente	
2. Dos-tres veces al año	5. Otro	
3. Una vez al año		
<b>¿En la última semana (o mes u otro período dependiendo del caso) Hubo algún familiar que se fue?</b>	1.Si	2. No
<b>En caso que sí ¿A dónde se han ido?</b>		<input type="checkbox"/>
1. A comunidades vecinas		
2. A las ciudades, capitales de departamentos		
3. Al extranjero		
4.		
<b>¿Por qué se han ido?</b>		<input type="checkbox"/>
1. Perdieron sus tierras, viviendas, otros bienes	4. En busca de ayuda	
2. Por el conflicto	5. Para reunirse con familiares	
3. En busca de trabajo	6. Otros	
<b>En la última semana ¿hubo familiares o amigos que vinieron a su hogar?</b>		<input type="checkbox"/>
1. Si		
2. No		
<b>En caso que sí: ¿Por qué vinieron?</b>		<input type="checkbox"/>
1. Por efectos del evento, perdieron tierra, vivienda		
2. En busca de ayuda		
3. En busca de trabajo		
4. Para visitar		
5. Otros		

<b>SECCION IV: AGRICULTURA, MEDIOS DE VIDA</b>			
<b>¿Tienen tierra de cultivo?</b>		<input type="checkbox"/>	
1.Si			
2. No			
<b>En caso que sí, ¿han perdido acceso a la tierra de cultivo por el evento?</b>		<input type="checkbox"/>	
1. Si		2. No	
<b>Principales Cultivos</b> (Listar los principales cultivos según sea el contexto)	<b>Sembrados ¿Cuánto sembró de cada cultivo?</b> (cantidad en manzanas o hectáreas)	<b>¿Cuánto ha perdido? En porcentaje (100% si es todo)</b>	<b>¿Hay posibilidades de recuperación en los próximos 3 meses?</b> 1. Si 2. Solo parcialmente (la mitad o menos) 3. No
Maíz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frijol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listar otros cultivos según el contexto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tenía animales antes del evento? (listar los principales según sea el contexto)	1. Si 2. No		¿Qué proporción de sus animales ha perdido por el evento? (0 si no ha perdido 100% si ha perdido todo)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tenía otros bienes antes del evento?	1. Si 2. No		¿Ha perdido estos bienes por el evento?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
Radio, TV, equipo de sonido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telar, máquina de coser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herramientas agrícolas pequeñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sembradora, cosechadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipos de pesca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro, moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles son las fuentes de ingreso de su familia ANTES y AHORA? (Listar las tres más importantes)		
1. Agricultura	5. Jornaleo no agrícola, o en las ciudades	9. Artesanía
2. Ganadería	6. Pequeño comercio	10. Empleado con sueldo regular
3. Pesca	7. Servicios doméstico	11. Ninguna fuente
4. Jornaleo en actividad agropecuaria	8. Trabajo en transporte	12. Otros
ANTES	AHORA	¿Qué proporción de su ingreso proviene de esta fuente? (%)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCION V: CONSUMO DE ALIMENTOS**

**¿Cómo obtiene sus alimentos ANTES Y AHORA (Indicar la fuente principal)**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Compra en el mercado (al contado) | 6. Asistencia alimentaria de instituciones |
| 2. Préstamo en las tiendas/mercados  | 7. Ayuda de familiares, amigos             |
| 3. Su producción agrícola/pecuaria   | 8. Trueque                                 |
| 4. Pesca                             | 9. Otro                                    |
| 5. Caza/recolección                  |  |

<b>ANTES</b>	<b>AHORA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>¿Su hogar tiene reservas de alimentos?</b>	
1. Si                      2. No	<input type="text"/>
<b>En caso que sí ¿cuánto tiempo durarán estas reservas? En semanas</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>¿Cuántas comidas al día reciben los niños menores de 10 años ANTES y AHORA?</b>	
<b>ANTES</b>	<b>AHORA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>¿Cuántas comidas al día reciben los adultos ANTES y AHORA?</b>	
<b>ANTES</b>	<b>AHORA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>¿Cuántos días en los siete días anteriores en su familia han consumido los siguientes alimentos? (Preguntar uno por uno)</b>	<b>No. de veces 0-7</b>	<b>¿Cuán diferente es el consumo actual con respecto al consumo antes del evento?</b>
Maiz, tortilla	<input type="text"/>	1. Igual 2. Menos que antes 3. Más que antes
Arroz	<input type="text"/>	
Pastas, pan	<input type="text"/>	
Plátano de cocinar	<input type="text"/>	
Yuca, papa, malanga	<input type="text"/>	
Frijol, lenteja, soya, habas secas	<input type="text"/>	
Carne de res, cerdo, pollo, pescado	<input type="text"/>	
Huevos	<input type="text"/>	
Leche, queso, yogurt	<input type="text"/>	
Verduras	<input type="text"/>	
Frutas	<input type="text"/>	
Aceite, manteca, mantequilla	<input type="text"/>	
Azúcar	<input type="text"/>	

<b>SECCION VI: ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA</b>	
<b>En los últimos 7 días su familia ¿ha sufrido escasez de alimentos o falta de dinero para comprarlo?</b> 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
<b>En los últimos 7 días, cuántos días su familia ha tenido que (listar las estrategias uno por uno):</b> ¿Comer alimentos más baratos o menos preferidos? ¿Pedir alimentos prestados o depender de la ayuda de amigos y parientes? ¿Disminuir el tamaño de las porciones? ¿Disminuir el consumo de los adultos para que los niños puedan alimentarse? ¿Reducir el número de comidas por día? ¿Pasar días enteros sin comer? Agregar otras estrategias según el contexto	Número de veces 0- 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿Tiene suficientes utensilios, ollas, cocina disponibles para cocinar?</b> 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>

<b>SECCION VII: ENFERMEDADES Y ATENCION DE SALUD</b>	
<b>¿En las dos últimas semanas (u otro período según el contexto) hubo algún miembro de su familia que se ha enfermado?</b> 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
<b>En caso que sí: ¿Cuáles enfermedades? Listar las dos más prevalentes</b> 1. Diarreas 2. IRAs 3. Malaria 4. Dengue 5. Afecciones de la piel 6. Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿Quiénes se enfermaron?</b> 1. Niños menores de 5 años 2. Niños escolares 3. Mujeres 4. Ancianos 5. Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿Su familia tienen problemas para alimentar a los niños menores de 2 años?</b> 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
<b>En caso que sí ¿qué problemas?</b> 1. No hay alimentos adecuados 2. Falta de dinero 3. No hay centros de cuidado de los niños 4. Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>SECCION VIII: ASISTENCIA Y NECESIDADES</b>	
<b>¿Desde el evento, su familia ha recibido algún tipo de asistencia?</b> 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>

<b>En caso que si ¿Qué tipo de asistencia ha recibido? Listar todo tipo de asistencia:</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Ayuda alimentaria en general (distribución general o por trabajo) 2. Alimentos para niños y mujeres embarazadas y lactantes 3. Ropa, calzado 4. Carpas, frazadas 5. Artículos de higiene 6. Dinero en efectivo 7. Cupones de alimentos	8. Utensilios de cocina 9. Asistencia para la educación, útiles escolares 10. Atención de salud 11. Insumos agropecuarios, semillas 12. Insumos para el ganado 13. Materiales de construcción, apoyo para la vivienda 14. Otros	
<b>¿Cuáles son las necesidades prioritarias de su familia? Listar las 3 más importantes</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Agua 2. Saneamiento, letrinas 3. Alimentos 4. Atención de salud 5. Insumos agrícolas, semillas	6. Alimentos, medicinas para el ganado 7. Ayuda para la educación 8. Dinero en efectivo 9. Fuentes de trabajo, empleo 10. Otros	

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---



---



---