

I. IDENTIFICACIÓN

101	Localidad
102	Unidad de Planeamiento zonal en la que reside el núcleo familiar (marque con una X): Américas <input type="checkbox"/> Bavaria <input type="checkbox"/> Carvajal <input type="checkbox"/> Castilla <input type="checkbox"/> Calandaima <input type="checkbox"/> Corabastos <input type="checkbox"/> Patio Bonito <input type="checkbox"/> Kennedy Central <input type="checkbox"/>
103	Barrio:
104	Dirección de la Vivienda: _____ ó Dirección del establecimiento: _____
105	Estrato socioeconómico: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
106	Entrevistador(A): Sondee aplicando el concepto de vivienda y determine si en esta edificación existe más de una vivienda ¿Existen en esta edificación viviendas no detectadas en la observación? Marque con una X → 108
107	¿Cuántas de esas viviendas hay en esta edificación?
108	¿Cuántas personas son miembros de este hogar? <input type="text"/> <input type="text"/>
109. Entrevistadora: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
110. Validador: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

II. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

201	Tipo de vivienda:	a. Casa 1 b. Apartamento 2 c. Cuarto(s) en inquilinato 3 d. Cuarto(s) en otro tipo de estructura 4 e. Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, refugio natural, puente, etc.) 5 f. Vivienda indígena 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
202	¿Cuál es el área aproximada de la vivienda?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ²																			
203	¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales, cuenta la vivienda?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center">Si</td> <td style="text-align:center">No</td> </tr> <tr> <td>a. Energía eléctrica</td> <td style="text-align:center">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Gas natural conectado a red pública.</td> <td style="text-align:center">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Acueducto</td> <td style="text-align:center">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Alcantarillado</td> <td style="text-align:center">4 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Recolección de basuras</td> <td style="text-align:center">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center">5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	a. Energía eléctrica	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	b. Gas natural conectado a red pública.	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Acueducto	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d. Alcantarillado	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	e. Recolección de basuras	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	Si	No																			
a. Energía eléctrica	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																			
b. Gas natural conectado a red pública.	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																			
c. Acueducto	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																			
d. Alcantarillado	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																			
e. Recolección de basuras	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																			
204	¿Este hogar está destinado para negocio?	a. SI 1 <input type="checkbox"/> b. No. 2 <input type="checkbox"/>																			
205	¿Alguna persona realiza dentro de la vivienda alguna de las siguientes actividades?: (Lea las opciones) (Marque todas las que diga)	Reparación de vehículos incluyendo mecánica 1 Reciclaje de baterías 2 Venta de combustible (gasolina, petróleo, kerosene) 3 Joyería 4 Trabajo con metales (reciclaje de chatarra, metalmecánica, soldadura) 5 Teñido de cuero 6 Teñido de tela 7 Trabajo con pinturas 8 Ebanistería 9 Trabajo con cerámica 10 Preparación de alimentos como negocio 11 Otros ¿Cuál? _____ 12	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		

III Seguridad Química

301	Por favor dígame si en esta vivienda tienen algunos de los siguientes productos: Leer Opciones (Puede marcar varias)	a. Plaguicidas de uso doméstico			
		b. Plaguicidas de uso agropecuario			
		c. Pinturas			
		d. Petróleo y sus derivados (gasolina, kerosene)			
		e. Productos de limpieza (jabón, detergente, cloro)			
		f. Algunos químicos industriales (Ácidos, solventes, otros)			
		g. Medicamentos			
		h. Alguna otra sustancia química			
		Cuál?			
302	¿Qué producto químico utilizan usualmente en el aseo del hogar? (Espere respuesta) (Marque todas las que diga)	Detergente	1		
		Alcohol	2		
		Acido	3		
		Cloro	4		
		Jabones	6		
		Amoniaco	5		
		Soda (caústica)	7		
		Solvente (varsol)	8		
		Productos inorgánicos	9		
		Productos amigables con el medio ambiente	10		
		Otro ¿Cuál? _____	11		
IV. RUIDO					
401	En el interior de su vivienda, ¿Qué tanto se oye el ruido que viene del exterior? (Lea las opciones)	a. Mucho	1 <input type="checkbox"/>		
		b. Medianamente	2 <input type="checkbox"/>		
		c. No se oye	3 <input type="checkbox"/>		
402	Pensando en el último mes, cuando está en casa, ¿cuán molesto se ha sentido por el ruido que percibe de su vecindario? (Lea las opciones); (Señale sólo una opción)	a. Muy molesto	1 <input type="checkbox"/>		
		b. Algo molesto	2 <input type="checkbox"/>		
		c. Nada molesto	3 <input type="checkbox"/>		
403	En el último mes, cuando está en casa, ¿qué tan molesto se ha sentido por el ruido de las siguientes actividades? Califique de 1 a 3 cada actividad, siendo 1 muy molesto, 2 algo molesto y 3 nada molesto. Marque una sola opción por cada actividad				
		Muy molesto	Algo molesto	Nada Molesto	NS/NR/NA
	1. Ruido de los vecinos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	2. Tráfico terrestre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	3. Tráfico aéreo (aviones)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	4. Música alto volumen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	5. Obra de construcción, obras viales o similar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	6. Comercio y ventas ambulantes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	7. Actividad industrial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
	8. Ruido generado por animales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
9. Otro, Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	
404	Pensando en los desplazamientos que realiza en el medio de transporte que utiliza, ¿cuán molesto se ha sentido por el ruido que percibe de su vecindario? (Lea las opciones); (Señale sólo una opción)	a. Muy molesto	1 <input type="checkbox"/>		
		b. Algo molesto	2 <input type="checkbox"/>		
		c. Nada molesto	3 <input type="checkbox"/>		
V. MORBILIDAD SENTIDA					
501	¿En el último mes usted o alguno de los miembros del hogar presentaron síntomas que indiquen que su salud respiratoria está alterada?	SI	1		
		No	2 →505		
502	Seleccione el rango de edad en el que está la persona afectada.	0– 5 años	1 <input type="checkbox"/>		
		5 – 14 años	2 <input type="checkbox"/>		

		14- 60 años 3 <input type="checkbox"/>																																																			
		Mayor de 60 años 4 <input type="checkbox"/>																																																			
503	<p>¿Qué síntomas ha presentado_____?</p> <p>Observe las palabras entre paréntesis enseguida de cada síntoma, para identificar otros nombres dados al síntoma</p> <p>Si la persona nombra algún síntoma que no está en lista, escríbalo en la opción de respuesta Otros</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sistema respiratorio</th> <th></th> <th>¿Consultó o buscó ayuda?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sequedad e irritación en ojos/nariz/garganta</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Estornudos</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 2 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Flujo nasal/congestión nasal</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 3 <input type="checkbox"/> NO 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Dolor en la garganta</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 4 <input type="checkbox"/> NO 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Ronquera persistente</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 5 <input type="checkbox"/> NO 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Tos</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 6 <input type="checkbox"/> NO 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Sibilancias (Silbido en el pecho, opresión en el pecho, resoplidos/pitidos en el pecho)</td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 7 <input type="checkbox"/> NO 7 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Dolor en el pecho</td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 8 <input type="checkbox"/> NO 8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Dificultad para respirar</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 9 <input type="checkbox"/> NO 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Piel</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Sequedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Sarpullido (inflamación, irritación)</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Erupción cutánea</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Llaga que no sana</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Manchas</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Colocarse amarillo (ictericia)</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Sistema respiratorio		¿Consultó o buscó ayuda?	1. Sequedad e irritación en ojos/nariz/garganta	1 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 1 <input type="checkbox"/>	2. Estornudos	2 <input type="checkbox"/>	SI 2 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	3. Flujo nasal/congestión nasal	3 <input type="checkbox"/>	SI 3 <input type="checkbox"/> NO 3 <input type="checkbox"/>	4. Dolor en la garganta	4 <input type="checkbox"/>	SI 4 <input type="checkbox"/> NO 4 <input type="checkbox"/>	5. Ronquera persistente	5 <input type="checkbox"/>	SI 5 <input type="checkbox"/> NO 5 <input type="checkbox"/>	6. Tos	6 <input type="checkbox"/>	SI 6 <input type="checkbox"/> NO 6 <input type="checkbox"/>	7. Sibilancias (Silbido en el pecho, opresión en el pecho, resoplidos/pitidos en el pecho)	7 <input type="checkbox"/>	SI 7 <input type="checkbox"/> NO 7 <input type="checkbox"/>	8. Dolor en el pecho	8 <input type="checkbox"/>	SI 8 <input type="checkbox"/> NO 8 <input type="checkbox"/>	9. Dificultad para respirar	9 <input type="checkbox"/>	SI 9 <input type="checkbox"/> NO 9 <input type="checkbox"/>	Piel			1. Sequedad	1 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	2. Sarpullido (inflamación, irritación)	2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	3. Erupción cutánea	3 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	4. Llaga que no sana	4 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	5. Manchas	5 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	6. Colocarse amarillo (ictericia)	6 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
	Sistema respiratorio		¿Consultó o buscó ayuda?																																																		
1. Sequedad e irritación en ojos/nariz/garganta	1 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 1 <input type="checkbox"/>																																																			
2. Estornudos	2 <input type="checkbox"/>	SI 2 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
3. Flujo nasal/congestión nasal	3 <input type="checkbox"/>	SI 3 <input type="checkbox"/> NO 3 <input type="checkbox"/>																																																			
4. Dolor en la garganta	4 <input type="checkbox"/>	SI 4 <input type="checkbox"/> NO 4 <input type="checkbox"/>																																																			
5. Ronquera persistente	5 <input type="checkbox"/>	SI 5 <input type="checkbox"/> NO 5 <input type="checkbox"/>																																																			
6. Tos	6 <input type="checkbox"/>	SI 6 <input type="checkbox"/> NO 6 <input type="checkbox"/>																																																			
7. Sibilancias (Silbido en el pecho, opresión en el pecho, resoplidos/pitidos en el pecho)	7 <input type="checkbox"/>	SI 7 <input type="checkbox"/> NO 7 <input type="checkbox"/>																																																			
8. Dolor en el pecho	8 <input type="checkbox"/>	SI 8 <input type="checkbox"/> NO 8 <input type="checkbox"/>																																																			
9. Dificultad para respirar	9 <input type="checkbox"/>	SI 9 <input type="checkbox"/> NO 9 <input type="checkbox"/>																																																			
Piel																																																					
1. Sequedad	1 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
2. Sarpullido (inflamación, irritación)	2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
3. Erupción cutánea	3 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
4. Llaga que no sana	4 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
5. Manchas	5 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
6. Colocarse amarillo (ictericia)	6 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>																																																			
504	<p>Generalmente, por los síntomas anteriores ¿dónde consultó o buscó tratamiento?</p> <p>(Lea las opciones)</p> <p>(Señale sólo una opción)</p> <p>(Marque la que corresponda)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ubicación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Hospital/centro médico/ EPS/Puesto de salud</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Promotor de salud</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Farmacia</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Familiar/amigo</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Curandero, tegua, brujo o empírico</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Internet</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. No buscó</td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ubicación	a. Hospital/centro médico/ EPS/Puesto de salud	1 <input type="checkbox"/>	b. Promotor de salud	2 <input type="checkbox"/>	c. Farmacia	3 <input type="checkbox"/>	d. Familiar/amigo	4 <input type="checkbox"/>	e. Curandero, tegua, brujo o empírico	5 <input type="checkbox"/>	f. Internet	6 <input type="checkbox"/>	g. No buscó	7 <input type="checkbox"/>	Otro _____	8 <input type="checkbox"/>																																	
	Ubicación																																																				
a. Hospital/centro médico/ EPS/Puesto de salud	1 <input type="checkbox"/>																																																				
b. Promotor de salud	2 <input type="checkbox"/>																																																				
c. Farmacia	3 <input type="checkbox"/>																																																				
d. Familiar/amigo	4 <input type="checkbox"/>																																																				
e. Curandero, tegua, brujo o empírico	5 <input type="checkbox"/>																																																				
f. Internet	6 <input type="checkbox"/>																																																				
g. No buscó	7 <input type="checkbox"/>																																																				
Otro _____	8 <input type="checkbox"/>																																																				
505	<p>En el último año, ¿Usted o alguno de los miembros del hogar han sido diagnosticados por el médico de infecciones respiratorias como asma, neumonía o enfermedad grave de los pulmones?</p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/>→507</p>																																																			
506	<p>Seleccione el rango de edad en el que está la persona afectada.</p>	<p>0– 5 años 1 <input type="checkbox"/></p> <p>5 – 14 años 2 <input type="checkbox"/></p> <p>14- 60 años 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Mayor de 60 años 4 <input type="checkbox"/></p>																																																			
507	<p>En los últimos 5 años, ¿Usted o alguno de los miembros del hogar han sido diagnosticados por el médico de cáncer?</p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/>→601</p>																																																			
508	<p>Seleccione el rango de edad en el que está la persona afectada.</p>	<p>0– 5 años 1 <input type="checkbox"/></p>																																																			

		5 – 14 años	2 <input type="checkbox"/>
		14- 60 años	3 <input type="checkbox"/>
		Mayor de 60 años	4 <input type="checkbox"/>
509	¿Qué tipo de cáncer? (<i>Espera respuesta</i>). (<i>Marque la que corresponda</i>). (<i>Especifica por cada persona</i>)		
	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón	2 <input type="checkbox"/> Cáncer de estómago
		3 <input type="checkbox"/> Cáncer de piel	4 <input type="checkbox"/> Leucemia
		5 <input type="checkbox"/> Cáncer de hígado	6 <input type="checkbox"/> Cáncer de cerebro

VI. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

601	El ingreso mensual de su hogar (familia) se ubica en:	a. Menos de un millón de pesos	1 <input type="checkbox"/>
		b. Entre (\$1.000.000 y \$3.000.000)	2 <input type="checkbox"/>
		c. Entre (\$3.000.000 y \$5.000.000)	3 <input type="checkbox"/>
		d. Entre (\$5.000.000 y \$7.000.000)	4 <input type="checkbox"/>
		e. Más de \$7.000.000	5 <input type="checkbox"/>

¿Cómo está constituido su núcleo familiar y en donde permanece la mayor parte del tiempo? **Por favor indique claramente en donde permanece el individuo del núcleo familiar, ¿en la localidad?, si es en otra localidad en cuál?**

Parentesco	Edad	Ocupación	¿En dónde permanece la mayor parte del tiempo?

Ocupación. Señale una de estas opciones en la columna: a. trabajador b. estudiante c. hogar d. sin empleo e. estudia y trabaja f. pensionado; otro: ¿cuál?

¿Cuál de estos modos de transporte utilizan el entrevistado con más frecuencia:

Modo de transporte	Frecuencia de uso			
	Diario	(2-3) por semana	1 vez a la semana	Otro, ¿cuál?
a. Transporte Público (Bus, Buseta, Transmilenio, SITP, Alimentador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vehículo particular →604	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Motocicletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Uber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

604 Si posee vehículo propio, ¿cuántos hay en su núcleo familiar? _____
 ¿Qué tipo de vehículo es? _____
 ¿Qué tipo de combustible emplea éste? _____
 ¿Cuánto dinero (aproximado) gasta mensualmente para tanquear su vehículo? _____

605 ¿Qué tan conforme está con el medio de transporte que utiliza?
 Muy conforme Medianamente conforme Inconforme

606	¿Cuántos viajes realiza al día, en este tipo de transporte para realizar sus actividades cotidianas? _____																
607	¿Cuánto dinero en promedio destina al mes en transporte en total en su núcleo familiar?:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">a. Menos de 100.000 de pesos</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Entre (\$100.000 y \$400.000)</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Entre (\$400.000 y \$1.000.000)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Más de \$1.000.000</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. Menos de 100.000 de pesos	1	<input type="checkbox"/>	b. Entre (\$100.000 y \$400.000)	2	<input type="checkbox"/>	c. Entre (\$400.000 y \$1.000.000)	3	<input type="checkbox"/>	d. Más de \$1.000.000	4	<input type="checkbox"/>			
a. Menos de 100.000 de pesos	1	<input type="checkbox"/>															
b. Entre (\$100.000 y \$400.000)	2	<input type="checkbox"/>															
c. Entre (\$400.000 y \$1.000.000)	3	<input type="checkbox"/>															
d. Más de \$1.000.000	4	<input type="checkbox"/>															
608	En el momento de realizar sus viajes, ¿qué percepción de seguridad tiene entorno a ellos? (Marque entre 1-5 su percepción entorno a seguridad, siendo 1 muy inseguro y 5 muy seguro).	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		1	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>		3	<input type="checkbox"/>		4	<input type="checkbox"/>		5	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>															
	2	<input type="checkbox"/>															
	3	<input type="checkbox"/>															
	4	<input type="checkbox"/>															
	5	<input type="checkbox"/>															