

**REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DEL TRABAJO**

XIV ENCUESTA DE HOGARES PARA LA MEDICION DEL EMPLEO, URBANO Y RURAL, NOVIEMBRE 2000

I. IDENTIFICACION:

Departamento:	Municipio	Estrato	Réplica	Orden	UPM	USM	Vivienda	Hogar

Departamento _____

Municipio: _____

II. CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

N U M E R O E O R D E N	TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR				SOLO PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD			SOLO PARA PERSONAS DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD	
	Nombre y apellidos de todas las personas miembros del hogar comenzando por el jefe	MIEMBROS DEL HOGAR			ESCOLARIDAD			9. TRABAJO DURANTE LA ULTIMA SEMANA? Sí = 1 → 15 No = 2	10. TRABAJA USUALMENTE EN PERIODO DE VACACIONES COSECHA O TEMPORADA? Sí = 1 → 15 No = 2 → 14
		2. SEXO Hombre = 1 Mujer = 2	3. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	4. PARENTESCO CON EL JEFE Jefe. 1 Esposa (o). 2 Hijo (a). 3 Pariente. 4 No parientes. 5 Trabajadores Domést 6	5. LEE Y ESCRIBE Sí = 1 No = 2	6. NIVEL ULTIMO GRADO O AÑO QUE APROBO Ninguno. 1 Primaria 2 Secundaria. 3 Universidad. 4			
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

III. FAMILIARES FUERA DEL PAIS

Familiares de ustedes, que residen en otro país y que mantienen relaciones a través de correspondencia o visitas. Cuántas personas?. _____

1. Nombre y Apellidos	2. SEXO Hombre = 1 Mujer = 2	3. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	4. PARENTESCO CON EL JEFE	ESCOLARIDAD		7. PAIS EN QUE VIVE ACTUALMENTE	8. AÑO EN QUE SALIO DE NICARAGUA	9. A QUE SE DEDICA ACTUALMENTE
				5. NIVEL Ninguno . . . 1 Primaria . . . 2 Secundaria . 3 Universidad 4	6. GRADO			
01								
02								
03								
04								
05								

IV. CONTROL DE ENTREVISTA

VISITAS	FECHA	OBSERVACIONES O RESULTADOS
1er. Intento		
2do. Intento		
3er. Intento		

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Enumerador		
Supervisor		

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DEL TRABAJO
XIV ENCUESTA DE HOGARES PARA LA MEDICION DEL EMPLEO URBANO Y RURAL, NOVIEMBRE 2000
MODULO DEL TRABAJO INFANTIL

Anexo A

Departamento	Municipio	Estrato	Réplica	Orden	UPM	USM	Vivienda	Hogar

DEPARTAMENTO _____

MUNICIPIO: _____

Nombre padre o tutor: _____

No. orden _____ sexo _____ edad _____

VI ACTIVIDADES DE NIÑOS DE 5 A 17 AÑOS (Entrevista para padres, tutores o personas responsables de las niñas y niños , de 5 a 17 años)

Situación Migratoria de los hogares y condiciones de vida y vivienda

1. ¿Ha cambiado alguna vez este hogar su lugar habitual de residencia?

SI 1 > (anote los siguientes datos del último lugar habitual de residencia)

País _____ Departamento _____

Municipio _____ Comarca _____

NO 2 pase a la pregunta 4

2. ¿Cuál fue la razón para venir y cambiar la residencia anterior por la actual?

Transferencia de trabajo 1.

Encontró trabajo 2.

Para buscar trabajo 3.

Razones de estudio 4.

Otro _____ 5.

(especifique)

3. ¿Cuánto tiempo tiene el hogar, de estar viviendo en el lugar o sitio actual de residencia?

Meses _____ Años _____

4. ¿La vivienda en la que habita, o vive el hogar es ?

Propia 1 pase a preg. 6

Proporcionada gratis por el empleador 2 pase a preg. 6

Alquilada a un propietario privado 3.

Alquilada al estado 4.

Subsidiada por el empleador (privada/ estatal) 5.

Financiada por el Banco 6.

Se la paga al Bavinic 7.

Otra _____ 8 pase a preg. 6

(especificar)

(o continúe según corresponda)

5. ¿Cuál es la cantidad o monto total que paga el hogar por el alquiler al mes ?

C\$ _____ Mes

6. ¿En qué tipo de vivienda habita el hogar?

Casa formal 1.

Apartamento 2.

Quartería 3.

Quinta 4.

Rancho o choza 5.

Vivienda improvisada 6.

Otro local utilizado como vivienda 7.

7. ¿Cuántos cuartos o habitaciones tiene la o vivienda, incluyendo sala/comedor?

1 a 2 cuartos 1.

3 a 4 cuartos 2.

más de 4 cuartos 3.

Otro _____ 4.

(especifique)

8. ¿De cuál de las siguientes instalaciones o servicios dispone la vivienda?

Servicios higiénicos/letrina 1 { Dentro de la casa 1.
Fuera de la casa 2.

{ Fuera de la casa/compartido con otros hogares 3.

Otro _____ 4.

(especifique)

No tiene 5.

Cocina 2 { Dentro de la casa 1.
Fuera de la casa 2.

{ Fuera de la casa/compartido con otros hogares 3.

Otro _____ 4.

(especifique)

No tiene 5.

Fuentes de Iluminación 3 { Electricidad 1.
Kerosene/gas 2.

Otro _____ 3.

(especifique)

Fuentes de agua potable 4 { (llaves/tuberías:)
Dentro de la casa 1.

Fuera de la casa 2.

{ Pozo entubado 3.

Pozo manual 4.

Bomba Manual 5.

Riachuelo o poza 6.

Otro _____ 7.

(especifique)

Fuentes de combustible/cocinar 5 { Electricidad 1.
Cilindro de gas 2.

{ Kerosene/gas 3.

Leña 4.

Carbón 5.

Otro _____ 6.

(especifique)

Ninguno 7.

9. ¿Con cuál de los siguientes artículos cuenta el hogar?

Televisor	<input type="checkbox"/>	1.
Radio	<input type="checkbox"/>	2.
Teléfono	<input type="checkbox"/>	3.
Motocicleta	<input type="checkbox"/>	4.
Reproductor de video(vhs)	<input type="checkbox"/>	5.
Refrigeradora	<input type="checkbox"/>	6.
Automóvil	<input type="checkbox"/>	7.
Otro _____	<input type="checkbox"/>	8.
(especifique)		
Ninguno	<input type="checkbox"/>	9.

10. ¿Durante los últimos doce meses, cuál fue la actividad principal de la cual el hogar obtuvo el ingreso principal?

Cuenta propia 1. especifique ➤ Actividad agrícola 1.
 Actividad no agrícola 2.

Trabajo agrícola 2.
 Otro trabajo casual 3.
 Empleo regular 4.
 Pensiones, dividendos, intereses, alquiler de propiedad, etc. 5.
 Otra fuente(especificar) _____ 6.

11. ¿Cuál es el gasto promedio mensual en este hogar?

Rubros	C\$
Alimentos	_____
Transporte	_____
Gastos de educación	_____
Kerosene/tanque gas	_____
Artículos de limpieza	_____
Medicamentos	_____
Electricidad	_____
Agua	_____
Otros gastos	_____
Total gastos del hogar	C\$ _____

Sección para niños del hogar que residen normalmente fuera de él, y no se incluyeron como residentes habituales del hogar (preguntas de la 12 a la 17)

12. ¿Alguna niña(o) de este hogar, está residiendo actualmente en otro sitio u hogar diferente al de sus padres o tutores? **SI** 1 ➤ (indique)

Orde n	Nombre	S e X o	E d a d	Dirección donde está residiendo actualmente
01				
02				
03				
04				
05				

NO 2 ➤ **pase a la siguiente página pregunta 1**

13. ¿Sabe o conoce con quién vive o reside actualmente la niña(o)?

SI 1 01. _____ NO 2.
 (nombre de la persona o institución)

SI 1 02. _____ NO 2.
 (. . .

continúa ↗

SI 1 03 _____ NO 2.

SI 1 04 _____ NO 2.


SI 1 05 _____ NO 2.

14. Qué hace, o a que se dedica la niña(o) donde está residiendo actualmente?

Trabaja para alguien	<input type="checkbox"/>	01	<input type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	1.
Trabaja Independiente por su cuenta	<input type="checkbox"/>											2.
Asiste a la escuela/centro de capacitación	<input type="checkbox"/>											3.
Otro _____	<input type="checkbox"/>											4.
(especifique)												
No Sabe	<input type="checkbox"/>											5.

15. ¿Se pone de alguna forma, en contacto la niña(o) con el hogar o familia?

SI 1 ➤ 01 02 03 04 05.

NO 2 ➤ _____  fin entrevista de este niño.

16. ¿Cuándo fue la última vez que se puso en contacto con el hogar?

01 Mes _____ Año _____

02 Mes _____ Año _____

03 Mes _____ Año _____

04 Mes _____ Año _____

05 Mes _____ Año _____

17. ¿Envía ocasionalmente al hogar dinero, bienes o algún tipo de producto?


01 SI 1 ➤ _____ NO 2.
 (especifique cuando fue la última vez que envió algo) 8


02 SI 1 ➤ _____ NO 2.
 (especifique cuando fue la última vez que envió algo)

03 SI 1 ➤ _____ NO 2.
 (especifique cuando fue la última vez que envió algo)

04 SI 1 ➤ _____ NO 2.
 (especifique cuando fue la última vez que envió algo)

05 SI 1 ➤ _____ NO 2.
 (especifique cuando fue la última vez que envió algo)

 Observaciones _____



Terminada la sección de los datos del hogar, y los niños no residentes habituales continúe con la sección de los datos de opinión de los padres a cerca de los niños de 5 a 17 años, en la siguiente página

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DEL TRABAJO

XIV ENCUESTA DE HOGARES PARA LA MEDICION DEL EMPLEO URBANO Y RURAL, NOVIEMBRE 2000

Departamento	Municipio	Estrato	Réplica	Orden	UPM			USM		Vivienda	Hogar

DEPARTAMENTO _____

MUNICIPIO: _____

Nombre : _____

No. orden _____ sexo _____ edad _____

V. ACTIVIDAD ECONOMICA (Para personas de 10 años y más).

1. ¿Trabajó durante la última semana?
SI 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 <

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DEL TRABAJO
XIV ENCUESTA DE HOGARES PARA LA MEDICION DEL EMPLEO URBANO Y RURAL, NOVIEMBRE 2000
MODULO DEL TRABAJO INFANTIL

DEPARTAMENTO _____

Anexo A

MUNICIPIO: _____

Departamento	Municipio	Estrato	Réplica	Orden	UPM	USM	Vivienda	Hogar

Nombre padre o tutor: _____ No. orden _____ sexo _____ edad _____

Nombre niño: _____ No. orden _____ sexo _____ edad _____

VI ACTIVIDADES DE NIÑOS DE 5 A 17 AÑOS (Para padres, tutores o personas responsables de las niñas y niños)

1. ¿Durante la última semana, ha realizado o participado de manera regular en labores domésticas en el hogar de sus padres, tutores o encargados?

SI 1 ➤ especifique 1. _____
(número de horas por día)
 2. _____
(días semana)

NO 2 ➡ pase a la pregunta 3.

2. ¿Por qué razones realiza o participa en las labores domésticas en su hogar.

Sus padres tienen que trabajar	<input type="checkbox"/> 1.
No hay otra persona que haga los oficios domésticos	<input type="checkbox"/> 2.
Debe aprender a hacer los oficios	<input type="checkbox"/> 3.
Tiene que colaborar en el hogar	<input type="checkbox"/> 4.
Otra razón _____	<input type="checkbox"/> 5.

(especifique)

3. ¿Estuvo sin hacer nada la semana pasada, no asistió a la escuela o centro de capacitación, no realizó ni participó en labores domésticas en su hogar, ni realizó ningún trabajo ?

SI 1 NO 2

4. ¿Realizó o participó esta niña(o) en alguna actividad económica durante algún momento en los últimos 12 meses?

SI 1 ➤ (especifique) NO 2 ➡ pase a la pregunta 6.
 ☺ número de días

Noviembre/99	Diciembre/99	Enero/00	Febrero/00	Marzo/00
Abril/00	Mayo/00	Junio/00	Julio/00	Agosto
Septiembre/00	Octubre/00			

5. ¿Asistía a la escuela al mismo tiempo que estaba trabajando?

SI 1 NO 2

6. ¿Ha trabajado alguna vez, o durante la última semana?

SI 1 NO 2 ➡ pase a la pregunta 26.

7. ¿Alguna vez se ha accidentado, o ha sufrido de alguna enfermedad debido al desarrollo de su trabajo?

SI 1 NO 2 ➡ vea nota después de la pregunta 14.

8. ¿Con que frecuencia ha tenido accidentes o se ha lesionado?

Frecuentemente	<input type="checkbox"/> 1.
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> 2.
Muy poco, rara vez	<input type="checkbox"/> 3.

9. ¿A qué se dedica el establecimiento, donde se accidentó o sufrió alguna enfermedad como producto de su trabajo?

- 1) _____
(especifique hasta cinco si el caso lo requiere)
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

10. ¿Cuáles fueron las ocupaciones o trabajos que realizaba cuándo ocurrió el accidente, sufrió o adquirió la enfermedad?

- 1) _____
(especifique hasta cinco)
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

11. ¿De qué tipo fueron las lesiones o enfermedades que padeció o padece por causas laborales?

Enfermedades por causas laborales

Lesiones por accidentes

Fiebre, gripe, catarro	<input type="checkbox"/> 1	Quemaduras	<input type="checkbox"/> 1.
Infección de ojo	<input type="checkbox"/> 2	Heridas o cortaduras	<input type="checkbox"/> 2.
Infección del oído	<input type="checkbox"/> 3	Fracturas	<input type="checkbox"/> 3.
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> 4	Amputación/miembro	<input type="checkbox"/> 4.
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> 5	Hematomas(golpes)	<input type="checkbox"/> 5.
Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/> 6	Intoxicación	<input type="checkbox"/> 6.
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> 7	Perdida de órgano	<input type="checkbox"/> 7.
Anemia	<input type="checkbox"/> 8	Otro _____	<input type="checkbox"/> 8.
Otro _____	<input type="checkbox"/> 9	<small>(especifique)</small>	

12. ¿Con respecto al accidente/ enfermedad/ lesión más grave que tan grave fue ?

No requirió tratamiento médico	<input type="checkbox"/> 1.
Recibió tratamiento médico y fue dado de alta	<input type="checkbox"/> 2.
Fue hospitalizado y dado de alta	<input type="checkbox"/> 3.
Recibió y continúa recibiendo tratamiento médico	<input type="checkbox"/> 4.
Dejó de trabajar permanentemente	<input type="checkbox"/> 5.
Dejó de trabajar temporalmente	<input type="checkbox"/> 6.
Otro _____	<input type="checkbox"/> 7.

(especifique)




Si marcó código 1 ➡ vea nota después de la pregunta 14.

13. ¿Dónde recibió tratamiento médico o asistencia?

- En su casa 1.
- En el sitio de trabajo 2.
- En un hospital 3.
- Centro de Salud 4.
- Clínica 5.
- Otro _____ 6.
- (especifique)
- No consultó 7.

14. ¿Quién pagó el tratamiento médico?

- Seguro social 1.
- El empleador 2.
- Padres/tutores 3.
- El Mismo 4.
- MINSA 5.
- Otro _____ 6.
- (especifique)

 Si ha trabajado alguna vez, pero actualmente no está trabajando, Pase a la pregunta 26.

15. ¿Si trabaja **actualmente**, conoce la niña(o) cualquier problema de salud o riesgo relacionado con su trabajo? * (semana de referencia)


- SI 1 _____ NO 2 _____
(especifique)

16. ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos de protección cuando trabaja?

- Gafas de seguridad 1.
- Cascos de protección 2.
- Tapones de oído 3.
- Zapatos especiales 4.
- Guantes 5.
- Otro _____ 6.
- (especifique)
- Ninguno 7.
- No lo requiere 8.

17. ¿Utilizan las otras personas que realizan el mismo trabajo, equipo de protección en el desarrollo de las labores?

- Gafas de seguridad 1.
- Cascos 2.
- Tapones de oído 3.
- Zapatos especiales 4.
- Guantes 5.
- Otros _____ 6.
- (especifique)
- Ninguno 7.
- No lo requiere 8.

 Si la niña (o) trabaja con sus padres o tutores
Pase a la pregunta 22.

18. ¿Si trabaja para alguien diferente a los padres o tutores, sabe dónde y para quién trabaja?

- SI 1 > (indique) NO 2

1. _____
(nombre del empleador)

2. _____
(Dirección exacta del empleador)

3. _____
(en caso de trabajador independiente, anote la dirección del lugar donde habitualmente desempeña su trabajo) pase a la pregunta 22.

19. ¿Cómo es su relación con el empleador?

- Buena 1 → pase a la pregunta 21.
- Indiferente 2 → pase a la pregunta 21.
- Mala 3.
- No sabe 4 → pase a la pregunta 21.

20. ¿Por qué considera mala la relación con su empleador?

- Quiere que se haga demasiado trabajo 1.
- Quiere que trabaje largas jornadas 2.
- Paga poco 3.
- No paga a tiempo 4.
- Abusa verbalmente 5.
- Abusa físicamente 6.
- Otra razón (especifique) > _____ 7.

21. ¿Cuál de las siguientes prestaciones le garantiza el empleador?

- Vacaciones 1
- Seguro social 3
- Uniformes gratis 5
- Comida gratis 7
- Transporte gratis 9
- Alojamiento gratis 11
- Otra _____ 13
- (especifique)
- Incapacidad remunerada 2.
- Incentivos 4.
- Uniformes subsidiados 6.
- Comidas subsidiadas 8.
- Transporte subsidiado 10.
- Alojamiento subsidiado 12.
- Ninguna prestación 14.
- No sabe 15.

22. ¿Qué hace la niña(o) para divertirse cuando no está trabajando?

- Juega con amigos/hermanos/hermanas 1.
- Ve televisión 2.
- Estudia 3.
- Otros(especifique) > _____ 4.

23. ¿Si está trabajando actualmente, cuál es la razón principal para dejarla(o) que trabaje?

- Para complementar el ingreso familiar 1.
- Para pagar deudas pendientes de los padres/tutores/encargados 2.
- Para que colabore con una empresa/negocio del hogar 3.
- El programa de educación/capacitación no es adecuado 4.
- El centro de estudios está muy alejado 5.
- Otro (especifique) > _____ 6.

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DEL TRABAJO
XIV ENCUESTA DE HOGARES PARA LA MEDICION DEL EMPLEO, URBANO Y RURAL, NOVIEMBRE 2000

Anexo B

Departamento:	Municipio	Estrato	Réplica	Orden	UPM	USM	Vivienda	Hogar

Departamento _____
MUNICIPIO: _____

Nombre niño: _____

No. orden _____ sexo _____ edad _____

VII. ACTIVIDADES DE NIÑOS DE 5 A 17 AÑOS (Entrevista dirigida a los menores de 5 a 17 años de edad)

1. ¿Esta asistiendo **actualmente** a la escuela, o un centro de capacitación?

SI 1 ➔ jornada completa 1 ➔ pase a la pregunta 3.
 ➔ Parte de la jornada 2 ➔ pase a la pregunta 3.

NO 2.

2. ¿Cuáles son las razones principales para no asistir a la escuela o un centro de capacitación?

- Ninguna escuela o centro de capacitación disponible es conveniente 1.
- No puede estudiar o capacitarse (no tiene recursos para ello.) 2.
- Bajo rendimiento escolar 3.
- No tiene interés por estudiar o capacitarse 4.
- Fracaso en la escuela (no paso el grado) 5.
- Le teme a los maestros 6.
- Es persona con discapacidad 7.
- Tiene que ayudar en los oficios domésticos del hogar 8.
- Tiene que ayudar en la empresa o negocio familiar 9.
- Trabaja para obtener un ingreso y mantenerse 10.
- La familia no le permite estudiar ni capacitarse 11.
- Otro (especifique) _____ 12.

3. ¿Ha trabajado **alguna vez**, o durante la **última semana**?

SI 1 ➔ A los _____ años cumplidos
 (especifique a qué edad empezó a trabajar por primera vez)

NO 2 ➔ Termina la entrevista para esta niña(o)

4. ¿Si ha trabajado, o está trabajando, a la vez que asiste a la escuela o centro de capacitación, afectó o afecta su trabajo la asistencia regular a clases? (**algún momento**)

SI 1 NO 2.

5. ¿Ha sufrido en **algún momento**, accidente de trabajo, o cualquier enfermedad debido a las condiciones de su trabajo u ocupación?

SI 1.

NO 2 ➔ pase a la pregunta número 8.

6. ¿Cuál fue la naturaleza, o tipo de las lesiones o enfermedades que ha sufrido como consecuencia de su actividad laboral?

Lesiones por causas laborales		Enfermedades por causas laborales	
Quemaduras	<input type="checkbox"/> 1	Fiebre, gripe, catarro	<input type="checkbox"/> 1.
Fracturas	<input type="checkbox"/> 2	Infección del ojo	<input type="checkbox"/> 2.
Hematomas golpes	<input type="checkbox"/> 3	Infección del oído	<input type="checkbox"/> 3.
Perdida de órgano	<input type="checkbox"/> 4	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> 4.
Heridas o cortaduras	<input type="checkbox"/> 5	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> 5.
Amputación/miembro	<input type="checkbox"/> 6	Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/> 6.
Intoxicación	<input type="checkbox"/> 7	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> 7.
Otro _____	<input type="checkbox"/> 8	Anemia	<input type="checkbox"/> 8.
(especifique)		Otro _____	<input type="checkbox"/> 9.
		especifique)	

7. ¿En referencia con la lesión o la enfermedad más seria, ¿cómo fue la gravedad de la lesión?

- No requirió ningún tratamiento médico 1.
- Recibió tratamiento y fue dado de alta inmediatamente 2.
- Fue hospitalizado _____ 3.
 (especifique número de días)
- Le impidió trabajar permanentemente 4.
- Dejó de trabajar temporalmente _____ 5.
 (especifique número de días)
- Otro _____ 6.
 (especifique)

8. ¿En el desempeño de su trabajo u ocupación, se vio o se ve obligado a operar alguna máquina, equipo o herramienta?

SI 1 NO 2.

9. ¿Estaba o está enterado, de que en su trabajo u ocupación, corría o corre algún riesgo de problemas de salud, enfermedad o lesión?

SI 1 ➔ _____
 (especifique)

NO 2.



Si no está trabajando actualmente Termina la entrevista para esta niña(o)

10. ¿Enfrenta algún problema o dificultad en el trabajo que realiza actualmente?

SI 1 ➔ _____
 (especifique)

NO 2.

11. ¿Si le dieran la oportunidad que le gustaría hacer ahora y en el futuro?

Ahora _____

En el futuro _____

Si es un trabajador por cuenta propia → pase a la pregunta 15

Si es trabajador familiar no remunerado → pase a la pregunta 21

Si es trabajador asalariado continúe con la siguiente



12 ¿Si usted trabaja para alguien diferente a sus padres/tutores o encargados, trabaja usualmente horas extras y se las pagan?

SI 1 > especifique → Si es con paga 1

Si es sin paga 2

NO 2

13. ¿Cómo es su relación con el empleador?

Buena 1 → pase a pregunta número 15

Indiferente 2 → pase a pregunta número 15

Mala 3

14. ¿Cuál es la razón principal, por la cual considera que su relación con el empleador es mala?

Quiere que se haga demasiado trabajo 1

Quiere que trabaje durante largas horas 2

Paga muy poco 3

No paga a tiempo 4

Lo maltrata físicamente 5

Lo maltrata verbalmente 6

Otro _____ 7

(especifique)

15. ¿De los ingresos que percibe como producto de su trabajo, da alguna parte a sus padres, tutores/encargados u otros parientes?

SI 1 > (especifique)



- Son entregados todos directamente

a ellos por el empleador 1 → pase a la pregunta 18

- Los entrega todos el mismo 2 → pase a la pregunta 18

- Parte a través del empleador 3

- Parte por sí mismo 4

- Otra _____ 5

(especifique)

NO 2

16. ¿Ahorra usted alguna parte de sus ingresos?

SI 1 > (especifique) Regularmente 1

Ocasionalmente 2

NO 2 → Pase a la pregunta 18

17. ¿Cuál es la razón principal por la que ahorra parte de sus ingresos?

Para empezar un negocio 1

Ir a la escuela/centro de capacitación 2

Otra razón _____ 3

(especifique)

18. ¿Se encuentra satisfecho con su actual trabajo?

SI 1 → pase a la pregunta 20

NO 2

19. ¿Cuál es la causa por la que no está satisfecho con su actual trabajo?

El salario que le pagan es muy bajo 1

Lo siente o resulta fatigante y pesado 2

El empleador es muy duro y exigente 3

Gana muy poco trabajando por su cuenta 4

Otra razón _____ 5

(especifique)

20. En el caso de que el menor trabaje para una persona diferente a sus padres, tutores o encargados anote los siguientes datos:

1. _____
(Nombre del empleador/establecimiento o empresa)

2. _____
(Dirección exacta del sitio o lugar de trabajo)

21. a) En el caso de que sea un trabajador por cuenta propia anote:

1. _____
(Dirección exacta o ubicación del lugar donde ejerce la actividad)

b) En el caso de que sea trabajador familiar no remunerado anote:

1. _____
(Dirección exacta o ubicación del lugar donde ejerce la actividad)



Observaciones: _____



Fin de la entrevista

(Recuerde que debe llenar el anexo "B" para cada niña(o) residente habitual del hogar de 5 a 17 años de edad)