

Provincia\_\_\_\_\_

Distrito\_\_\_\_\_

Corregimiento\_\_\_\_\_

Lugar Poblado\_\_\_\_\_

Manzana No. \_\_\_\_\_

Segmento No. \_\_\_\_\_

Nombre de la Calle \_\_\_\_\_

Número del Edificio\_\_\_\_\_

Número del cuarto  
o apartamento \_\_\_\_\_

CENSO EXPERIMENTAL DE POBLACION  
Septiembre- Octubre de 1959

BOLETA FAMILIAR

| PREGUNTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | No. | 1a. Persona<br>(Datos del Jefe)                                                                                                                         | 2a. Persona                                                                                                                                             | 3a. Persona                                                                                                                                             | 4a. Persona                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO: Escriba el de cada uno de los miembros de la familia y demás personas que pasaron la noche anterior al día del censo en esta vivienda. Incluya todos los niños sin olvidar a los recién nacidos.                                                                                                                                                                    |  | 1   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| RELACION CON EL JEFE DEL HOGAR: Escriba el parentesco o relación que cada miembro del hogar tiene con el jefe. Ejemplo: Esposa, hijo, madre, tío, cocinera, hijo de la cocinera, huésped, etc.                                                                                                                                                                                         |  | 2   | Jefe                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| SEXO: Marque una X en la casilla correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 3   | Masculino <input type="checkbox"/> 1<br>Femenino <input type="checkbox"/> 2                                                                             | Masculino <input type="checkbox"/> 1<br>Femenino <input type="checkbox"/> 2                                                                             | Masculino <input type="checkbox"/> 1<br>Femenino <input type="checkbox"/> 2                                                                             | Masculino <input type="checkbox"/> 1<br>Femenino <input type="checkbox"/> 2                                                                             |
| EDAD: Cuántos años cumplió en su último cumpleaños? Para los menores de 1 año, anote el número de meses cumplidos seguido de M Para los menores de 1 mes marque X.                                                                                                                                                                                                                     |  | 4   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| ESTADO CONYUGAL: Sólo para los de 12 años y más. Marque una X en la casilla correspondiente: S-soltero; C-casado; UC-unido consensualmente; V-viudo y D-divorciado.                                                                                                                                                                                                                    |  | 5   | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |
| LUGAR DE NACIMIENTO : Dónde nació? Si nació en la República de Panamá escriba tanto el nombre del lugar poblado como del distrito. Si nació en el extranjero escriba el nombre del país de nacimiento.                                                                                                                                                                                 |  | 6   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| NACIONALIDAD: Sólo para nacidos en el extranjero. Escriba lo que declare el informante. Ejemplo: norteamericana, inglesa, china, colombiana, etc.                                                                                                                                                                                                                                      |  | 7   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| DESDE CUANDO VIVE EN ESTA CIUDAD, PUEBLO O CASERIO? Anote el mes y año. Si la persona vivió siempre en este lugar trace una diagonal y no haga la pregunta 9.                                                                                                                                                                                                                          |  | 8   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| EN QUE LUGAR DEL PAIS VIVIA USTED ANTES? Si vivía antes en otro lugar del país escriba el nombre del lugar poblado y del distrito, o Zona del Canal, según sea el caso.                                                                                                                                                                                                                |  | 9   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| ASISTENCIA ESCOLAR: Sólo para los de 7 a 29 años. Está asistiendo a la escuela? Si asiste anote en número el grado o año en la línea correspondiente a la clase de enseñanza. Si no asiste a la escuela trace una diagonal.                                                                                                                                                            |  | 10  | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                |
| NIVEL DE EDUCACION: Sólo para los de 7 años y más. Cuál fue el grado o año más alto aprobado? Anótelos en número, en la línea correspondiente a la clase de enseñanza respectiva. Si no aprobó ningún grado anote 0 en la línea de primaria.                                                                                                                                           |  | 11  | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                | Primaria <input type="checkbox"/> 1<br>Secundaria <input type="checkbox"/> 2<br>Universitaria <input type="checkbox"/> 3                                |
| ALFABETISMO: Sólo para los de 7 años y más. ¿Sabe leer y escribir? Marque una X en la casilla correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 12  | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |
| CARACTERISTICAS ECONOMICAS<br>(Sólo para los de 10 años y más)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |     |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| CLASIFICACION PRIMARIA: Escriba sólo uno de los siguientes términos según corresponda: Ocupado, desocupado, trabajador nuevo, en oficios domésticos, estudiante, menor, jubilado, pensionado, rentista, retirado, otro.                                                                                                                                                                |  | 13  |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| OCUPACION: Sólo para ocupado, desocupado y trabajador nuevo. Para el Ocupado: ¿Qué ocupación tiene actualmente? Escriba la profesión, oficio, empleo o clase de trabajo que tiene. Para el Desocupado: ¿Cuál fue la última ocupación que ejerció? Escribala. Para el Trabajador Nuevo: ¿Qué título, diploma o certificado recibió? Escribalo. Si no lo ha recibido escriba sin título. |  | 14  |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| PERIODO DE TRABAJO: Sólo para ocupado y desocupado: Para el Ocupado: ¿Cuántas semanas, en el año anterior al censo, tiene de estar ejerciendo la ocupación declarada? Para el Desocupado: ¿Cuántas semanas tiene de estar buscando empleo?                                                                                                                                             |  | 15  |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA: Sólo para ocupado y desocupado. En qué clase de establecimiento, negocio, empresa, institución u oficina ejerce (el ocupado) o ha ejercido (el desocupado) esa ocupación?                                                                                                                                                                                 |  | 16  |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| CATEGORIA DE OCUPACION: Sólo para ocupado y desocupado. Marque una X en la casilla correspondiente: P-patrono; TR-Trabajador remunerado; TCP-trabajador por cuenta propia y TF-trabajador familiar.                                                                                                                                                                                    |  | 17  | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |
| RATA DE PAGO DEL TRABAJADOR REMUNERADO QUE PERCIBE SUELDO O SALARIO: Anote en Balboas la rata de pago en la línea correspondiente: M-mensual; Q-quincenal; S-semanal; D-diario; PH-por hora. En caso de trabajos por tarea, comisión o porcentaje trace una diagonal.                                                                                                                  |  | 18  | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>Q <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>Q <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>Q <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>Q <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |

VIVIENDA

| Para todas las viviendas                                                                                                                                                                                                                                                    | Para la Vivienda Ocupada - Area urbana y rural (Preguntas 2 a 5)                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Clasificación de la vivienda:<br>A. Vivienda particular:<br>Ocupada <input type="checkbox"/> 1<br>Desocupada <input type="checkbox"/> 2<br>Cerrada <input type="checkbox"/> 3<br>B. Local no destinado a habitación, pero usado como vivienda <input type="checkbox"/> 4 | 2. Agua de beber<br>Acueducto público o pozo con tanque <input type="checkbox"/> 1<br>Pozo profundo o artesiano <input type="checkbox"/> 2<br>Otro <input type="checkbox"/> 3 | 3. Clase de servicio sanitario:<br>Inodoro:<br>Alcantarillado <input type="checkbox"/> 1<br>Tanque séptico privado <input type="checkbox"/> 2<br>Excusado de hueco <input type="checkbox"/> 3<br>Sin servicio <input type="checkbox"/> 4 | 4. Número de cuartos | 5. Industria doméstica o casera<br>Si en esta vivienda se elabora o confecciona algún producto industrial casero para la venta, escriba el nombre del producto (s) _____<br>_____<br>_____ | 6. Uso del servicio sanitario<br>Para uso exclusivo de la vivienda <input type="checkbox"/> 1<br>Para uso de varias viviendas <input type="checkbox"/> 2 | 7. Tipo<br>Casa individual<br>Apartamento<br>Cuarto en casa de vecindad<br>Otro |

República de Panamá  
GOBIERNO GENERAL DE LA REPUBLICA  
Ministerio de Estadística y Censo  
Departamento de Censos

BOLETA No. \_\_\_\_\_

RESUMEN DE ESTA BOLETA

Número de personas:  
  
Hombres \_\_\_\_\_  
  
Mujeres \_\_\_\_\_  
  
Total \_\_\_\_\_

PARA USO DE LA OFICINA

| Revisión |  | Codificación |  | Perforación |  |
|----------|--|--------------|--|-------------|--|
|          |  |              |  |             |  |

ENCUESTA DE POBLACION Y DE VIVIENDA  
Septiembre- Octubre de 1959  
HOJA FAMILIAR

| A                                                                                                                                                       |                                       | C                                                                                                                                                       |                                       | I                                                                                                                                                       |                                       | O                                                                                                                                                       |                                       | N                                                                                                                                                       |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----|
| 4a. Persona                                                                                                                                             |                                       | 5a. Persona                                                                                                                                             |                                       | 6a. Persona                                                                                                                                             |                                       | 7a. Persona                                                                                                                                             |                                       | 8a. Persona                                                                                                                                             |                                       | 9a. Persona                                                                                                                                             |                                       | 10a. Persona                                                                                                                                            |                                       | No. |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 1   |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 2   |
| Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | Masculino <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> 2   | 3   |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 4   |
| S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | S <input type="checkbox"/> 1 V <input type="checkbox"/> 4<br>UC <input type="checkbox"/> 3<br>C <input type="checkbox"/> 2 D <input type="checkbox"/> 5 |                                       | 5   |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 6   |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 7   |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 8   |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 9   |
| Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | 10  |
| Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | Primaria <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                     | Secundaria <input type="checkbox"/> 2 | 11  |
| Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2                                                                                             |                                       | 12  |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 13  |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 14  |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 15  |
|                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                         |                                       | 16  |
| P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | P <input type="checkbox"/> 1 TCP <input type="checkbox"/> 3<br>TR <input type="checkbox"/> 2 TF <input type="checkbox"/> 4                              |                                       | 17  |
| M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | M <input type="checkbox"/> 1 D <input type="checkbox"/> 4<br>O <input type="checkbox"/> 2 PH <input type="checkbox"/> 5<br>S <input type="checkbox"/> 3 |                                       | 18  |

I E N D A (Marque una X en la casilla correspondiente)

Para la Vivienda Ocupada - Area Urbana únicamente (Preguntas 6 a 14)

| 7. Tipo                                               | Material de construcción del edificio        |                                                  |                                               | 11. Tenencia                          | 12. Alquiler Mensual                 | 13. Alumbrado eléctrico       | 14. Vivienda improvisada |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                                                       | 8. paredes                                   | 9. Techo                                         | 10. Piso                                      |                                       |                                      |                               |                          |
| Casa individual <input type="checkbox"/> 1            | Concreto <input type="checkbox"/> 1          | Teja <input type="checkbox"/> 1                  | Concreto o mosaico <input type="checkbox"/> 1 | Propia <input type="checkbox"/> 1     | (Sólo para las viviendas alquiladas) | Sí <input type="checkbox"/> 1 | (casa bruja)             |
| Departamento <input type="checkbox"/> 2               | Ladrillo o piedra <input type="checkbox"/> 2 | Zinc <input type="checkbox"/> 2                  | Madera <input type="checkbox"/> 2             | Alquilada <input type="checkbox"/> 2  |                                      | No <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> |
| Huarto en casa de vecindad <input type="checkbox"/> 3 | Madera <input type="checkbox"/> 3            | Materiales compuestos <input type="checkbox"/> 3 | Ladrillo <input type="checkbox"/> 3           | Otra forma <input type="checkbox"/> 3 | Balboas                              |                               |                          |
| Otro <input type="checkbox"/> 4                       | Quincha o adobe <input type="checkbox"/> 4   | Otro especifique _____                           | Tierra <input type="checkbox"/> 4             |                                       |                                      |                               |                          |
|                                                       | Otro <input type="checkbox"/> 5              |                                                  | Otro <input type="checkbox"/> 5               |                                       |                                      |                               |                          |

Revisada por \_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor