



LA Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE LOS EE.UU.
Administración de Economía y Estadísticas
NEGOCIADO DEL CENSO DE LOS EE.UU.

**This questionnaire is available in either English or Spanish.
Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the Spanish questionnaire, begin on page 2.
To complete the English questionnaire, flip this over and
complete the purple side.

Please complete this form as soon as possible. Place it
in the envelope provided and HOLD it for a census
representative to return to pick it up.

If you need help or have questions about completing this
form, call the number that our census representative has
given you.

For more information about the Puerto Rico Community
Survey, visit our website at: www.census.gov/acs.

Para completar el cuestionario en español, comience en la
página 2. Para completar el cuestionario en inglés, vírelo y
complete el lado amarillo.

**Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea
posible.** Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO
hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo
completar este cuestionario, llame al número de teléfono
que le ha dado nuestro representante del censo.

Para obtener más información sobre la Encuesta sobre
la Comunidad de Puerto Rico, vaya a nuestra página en la
Internet: www.census.gov/acs.

U S C E N S U S B U R E A U

FORM **ACS-1(GQ)(PR)(2006)**
(10-31-2005)

OMB No. 0607-0810

1 ¿Cuál es su nombre? Por favor, ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE. Incluya su número de teléfono y la fecha de hoy para que podamos comunicarnos con usted si hay una pregunta.

Apellido _____

Nombre _____ Inicial _____

Código de área y número de teléfono _____

Fecha
Mes Día Año
| | | | | | | | | |

2 ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
 Femenino

3 ¿Cuál es su edad y fecha de nacimiento?

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento
| | | | | | | | | |

4 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a) actualmente
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Nunca se ha casado

A **NOTA:** Por favor, conteste las DOS Preguntas 5 y 6.

5 ¿Es usted de origen español/hispano/latino? Marque (X) la casilla "No" si no es de origen español/hispano/latino.

- No, ni español/hispano/latino
 Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano
 Sí, otro grupo español/ hispano/latino – Escriba el grupo en letra de molde. ↗

6 ¿Cuál es su raza? Marque (X) una o más razas para indicar de qué raza se considera usted.

- Blanca  **B**
 Negra o africana americana
 India americana o nativa de Alaska — Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrito(a) o la tribu principal. ↗

- India asiática Nativa de Hawaii
 China Guameña o Chamorro
 Filipina Samoana
 Japonesa Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde. ↗
 Coreana
 Vietnamita
 Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde. ↗

Alguna otra raza – Escriba la raza en letra de molde. ↗

7 ¿Dónde nació usted?

- En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estado.
 Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde Puerto Rico o el nombre del país extranjero, o de las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.

8 ¿Es usted CIUDADANO(A) de los Estados Unidos?

- Sí, nació en Puerto Rico → PASE a la pregunta 10a
 Sí, nació en un estado de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes de los EE.UU. o las Islas Marianas del Norte
 Sí, nació en el extranjero de padre o madre americano
 Sí, es ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización
 No, no es ciudadano(a) de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino usted a vivir a Puerto Rico? Escriba los números en las casillas.

Año
| | | |

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido usted a una escuela regular o universidad?

Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria o educación que conduce a un diploma de escuela secundaria (high school) o título universitario.

- No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 11
 Sí, escuela pública, universidad pública
 Sí, escuela privada, universidad privada

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía usted? Marque (X) UNA casilla.

- Guardería infantil (nursery school), prekindergarten
 Kindergarten
 Grado 1 al 4
 Grado 5 al 8
 Grado 9 al 12
 Estudios universitarios a nivel de bachillerato (freshman a senior)
 Escuela graduada o profesional (por ejemplo: escuela de medicina, de odontología o de leyes)

11 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que usted ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.  **C**

- No ha completado ningún grado
 Guardería infantil (nursery school) a 4to. grado
 5to. ó 6to. grado
 7mo. u 8vo. grado
 9no. grado
 10mo. grado
 11mo. grado
 12mo. grado, **SIN DIPLOMA**
 GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (HIGH SCHOOL) – DIPLOMA de escuela secundaria o su equivalente (por ejemplo: GED)
 Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año
 1 año o más de universidad, sin título
 Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)
 Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, AB, BS)
 Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
 Título profesional (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
 Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

12 ¿Cuál es su ascendencia u origen étnico?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, etc.)

13 a. ¿Habla usted en su hogar un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 14

b. ¿Qué idioma es ese? ↘

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

14 a. ¿Vivía usted en esta dirección hace 1 año?

- Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la sección H en la página 5 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.
 Sí, en esta dirección → PASE a la pregunta 15.
 No, fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos – Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15. ↘

No, en una dirección diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal, o instalación o base militar ↘

c. ¿Vivía usted dentro de los límites de esta ciudad o pueblo?

- Sí
 No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos ↘

Anote Puerto Rico o nombre del estado de los Estados Unidos ↘

Código Postal ↘

15 En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted cupones para alimentos?

- Sí → ¿Qué valor tenían los cupones para alimentos que se recibieron durante los últimos 12 meses?

Valor en los últimos 12 meses – Dólares

\$.00

- No

B Conteste las preguntas 16 y 17 SÓLO SI usted tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a la sección H en la página 5 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

16 ¿Tiene usted algunas de las siguientes condiciones de larga duración:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Ceguera, sordera, o impedimento visual o auditivo grave? | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una condición que limita sustancialmente una o más actividades físicas básicas, tales como caminar, subir escaleras, estirarse, levantar o cargar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17 Debido a una condición física, mental o emocional que ha durado 6 meses o más, ¿tiene usted alguna dificultad en llevar a cabo alguna de las siguientes actividades:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| a. Aprender, recordar o concentrarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vestirse, bañarse o caminar por este lugar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C Conteste la pregunta 18 SÓLO SI usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección H en la página 5 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

18 Debido a una condición física, mental o emocional que ha durado 6 meses o más, ¿tiene usted alguna dificultad en llevar a cabo alguna de las siguientes actividades:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| a. Salir solo(a) de compras o ir solo(a) al médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Trabajar en un empleo o negocio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D Conteste la pregunta 19 SÓLO SI usted es es mujer y tiene 15-50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 20a.

19 ¿Ha dado a luz usted en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

20 a. ¿Tiene usted algún nieto menor de 18 años que viva en este lugar?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 21

b. ¿Es usted actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en este lugar?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 21

c. ¿Cuánto tiempo hace que usted es responsable de este(os) nieto(s)? Si usted es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 ó 4 años |
| <input type="checkbox"/> 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> 5 años o más |
| <input type="checkbox"/> 1 ó 2 años | |

21 ¿Ha estado usted alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar, o la Guardia Nacional, pero Sí incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 24
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE a la pregunta 24

22 ¿Cuándo estuvo usted en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

- Marque (X) un casilla por CADA período durante el cual usted estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.  **D**
- Septiembre del 2001 ó después
 Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
 Septiembre del 1980 a julio del 1990
 Mayo del 1975 a agosto del 1980
 Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
 Marzo del 1961 a julio del 1964
 Febrero del 1955 a febrero del 1961
 La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
 Enero del 1947 a junio del 1950
 Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
 Noviembre del 1941 ó antes

23 En total, ¿cuántos años estuvo usted en servicio militar activo?

- Menos de 2 años
 2 años o más

24 LA SEMANA PASADA, ¿hizo usted ALGÚN trabajo por paga o lucro? Marque (X) la casilla "Sí" aun si trabajó sólo 1 hora, o ayudó sin paga en el negocio o finca de la familia por 15 horas o más, o estuvo en servicio activo en las Fuerzas Armadas.

- Sí
 No → PASE a la pregunta 30a

25 ¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA? Si trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde usted trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección – Nombre de urbanización o condominio ↘

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio o la calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo, oficina postal, instalación o base militar ↘

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
 No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos ↘

e. Anote Puerto Rico o nombre del estado de los EE.UU. o país extranjero ↘

f. Código Postal ↘

26 ¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA? Si usualmente utilizó más de un medio de transportación durante el viaje, marque (X) la casilla correspondiente al que utilizó por más distancia.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en esta dirección → PASE a la pregunta 34 |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

E Conteste la pregunta 27 SÓLO SI marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 26. De lo contrario, PASE a la pregunta 28.

27 ¿Cuántas personas, incluyéndolo(a) a usted, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

28 ¿A qué hora usualmente salía usted de esta dirección para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora Minutos
 ____ : ____ a.m.
 p.m.

29 ¿Cuántos minutos le tomó a usted usualmente ir de esta dirección al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

F Conteste las preguntas 30-33 SÓLO SI usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

30 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted suspendido(a) (on layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 30c
 No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, por enfermedad temporera, disputa laboral, etc. → PASE a la pregunta 33
 No → PASE a la pregunta 31

c. ¿Se le ha informado a usted que será llamado(a) de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 32
 No

31 ¿Ha estado usted buscando trabajo durante las últimas 4 semanas?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 33

32 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido usted comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
 No, debido a una enfermedad temporera propia
 No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

33 ¿Cuándo trabajó usted por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- Dentro de los últimos 12 meses
 Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **G**
 Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 42

34 ¿Cuántas SEMANAS trabajó usted durante los ÚLTIMOS 12 MESES? Cuente días de vacaciones pagados, días por enfermedad pagados y servicio militar.

Semanas

35 En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente usted cada SEMANA?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

G Conteste las preguntas 36 – 41 SÓLO SI usted trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 42.

36-41 ACTIVIDAD DE TRABAJO ACTUAL O LA MÁS RECIENTE

Describe en forma clara la actividad principal en su empleo o negocio la semana pasada. Si usted tenía más de un empleo, describa el empleo en el cual trabajó más horas. Si no tenía empleo la semana pasada, dé la información correspondiente a su empleo o negocio más reciente.

36 ¿Era usted – Marque (X) UNA casilla **F**

- Empleado(a) de una empresa o un negocio PRIVADO CON FINES DE LUCRO o de un individuo a jornal, por salario o comisiones?
 Empleado(a) de una organización PRIVADA SIN FINES DE LUCRO exenta de impuestos, o de una organización de caridad?
 Empleado(a) del GOBIERNO local (ciudad, condado, etc.)?
 Empleado(a) del GOBIERNO estatal?
 Empleado(a) del GOBIERNO federal?
 Empleado(a) POR CUENTA PROPIA en su negocio, práctica profesional o finca NO INCORPORADA?
 Empleado(a) POR CUENTA PROPIA en su negocio, práctica profesional o finca INCORPORADA?
 Trabajador SIN PAGA en un negocio o finca de la familia?

37 ¿Para quién trabajaba usted?

Si está ahora en servicio activo en las Fuerzas Armadas, marque (X) esta casilla → y escriba en letra de molde el nombre de la rama de las Fuerzas Armadas.

Nombre de la compañía, negocio u otro patrono ↘

38 ¿Qué tipo de negocio o industria era éste(a)?

Describe la actividad en el lugar de empleo, (Por ejemplo: hospital, publicación de periódicos, casa de ventas por catálogo, manufactura de motores de automóviles, banco) ↘

39 ¿Es éste(a) principalmente de – Marque (X) UNA casilla.

- manufactura?
- comercio al por mayor?
- comercio al detal?
- otro (agricultura, construcción, servicio, gobierno, etc.)?

40 ¿Qué tipo de trabajo hacía usted? (Por ejemplo: enfermera graduada, gerente de personal, supervisor del departamento de encargos (órdenes), secretaria, contable) ↘

41 ¿Cuáles eran sus actividades o deberes más importantes? (Por ejemplo: cuidar pacientes, dirigir políticas de empleo, supervisar personal del departamento de encargos, escribir a máquina y archivar, reconciliar registros financieros) ↘

42–43 INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL recibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los "últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy hace un año hasta hoy.)

Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

Si el ingreso neto fue una pérdida, marque la casilla "Pérdida", a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto con otra persona, sólo informe la parte que le corresponde a usted.

42 a. ¿Recibió usted jornales, salarios, comisiones, bonos o propinas en los PASADOS 12 MESES?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad de todos los empleos antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otras cosas?

Cantidad total – Dólares

\$.00

No

b. ¿Tuvo usted algún ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario(a) único(a) o en sociedad en los PASADOS 12 MESES?

Sí → ¿Cuál fue el ingreso neto después de descontar los gastos de negocio?

Cantidad total – Dólares

\$.00 Pérdida

No

c. ¿Recibió usted intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos en los PASADOS 12 MESES? Informe cantidades acreditadas a una cuenta aunque sean pequeñas.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

\$.00 Pérdida

No

d. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguro Social o de Retiro Ferroviario en los PASADOS 12 MESES?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

\$.00

No

e. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI) en los PASADOS 12 MESES?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

\$.00

No

f. ¿Recibió usted algún pago de asistencia o bienestar público de la oficina de bienestar estatal o local en los PASADOS 12 MESES?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

\$.00

No

g. ¿Recibió usted alguna pensión por retiro, para sobrevivientes o por incapacidad en los PASADOS 12 MESES? NO incluya Seguro Social.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

\$.00

No

h. Tuvo usted alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia en los PASADOS 12 MESES? NO incluya pagos globales, tales como dinero de una herencia o de la venta de una casa.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

\$.00

No

43 ¿Cuál fue su ingreso TOTAL en los PASADOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 42a–42h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.

Cantidad total – Dólares

Ninguno ó → \$.00 Pérdida

H Muchas gracias por su participación.

Coloque el cuestionario en el sobre y GUÁRDELO hasta que su Representante del Negociado del Censo lo recoja.

El Negociado del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4700 Silver Hill Road, Stop 1500, Washington, DC 20233-1500. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a Paperwork@census.gov: escriba "Paperwork Project 0607-0810" en el espacio para el tema.

No se requiere que las personas respondan a ninguna recopilación de información a menos que ésta tenga un número de aprobación válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Este número de 8 dígitos se encuentra en la parte inferior derecha de la cubierta de este cuestionario.

PARA USO DEL CENSO SOLAMENTE

1a. ¿Cómo se completó el cuestionario?

- Yo entrevisté al respondedor
- El respondedor completó el cuestionario → *PASE a la casilla de Códigos de Resultado Finales a continuación*

b. ¿Hizo usted las preguntas del cuestionario en persona?

- Sí → *Pase a la pregunta 2*
- No
- Otro → *Explique*

c. ¿Hizo usted las preguntas del cuestionario por teléfono?

- Sí → *Pase a la pregunta 2*
- No

2. ¿Ayudó un respondedor sustituto a contestar algunas de las preguntas?

- Sí
- No → *PASE a la Casilla de Códigos de Resultado Finales a continuación*
- No sabe → *PASE a la casilla de Códigos de Resultado Finales a continuación*

3. ¿Usó el respondedor sustituto récords administrativos para contestar algunas de las preguntas?

- Sí
- No
- No sabe

Códigos de Resultado Finales		Razón (código 219 ó 243)
Entrevista	No entrevista	
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
No es parte de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243	

Yo he revisado el cuestionario para verificar que se ha completado.

Nombre del FR <input style="width: 90%;" type="text"/>	Código del FR <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Fecha de la entrevista <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
--	---	--