

# ENCUESTA ESTRUCTURAL A HOGARES

*Módulo de impacto de la pandemia  
en los hogares gallegos 2021*



## ENTREVISTA:

Entrevistador/a: .....	□□				
Inspector/a de entrevistadores: .....					
Fecha de la entrevista: Día	□□	Mes	□□	Semana de referencia	□□
Informante: .....					
Teléfono de contacto del hogar:		□□□□□□□□			

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA					
Municipio		Calle, plaza, carretera			
Núm. o km.	Escalera	Planta	Puerta	Código postal	
Provincia	□□	Área de muestreo	□	Código del municipio	□□□□
Código de distrito	□□	Código de sección		□□□□	
Nº de orden de la vivienda	□□	Nº de hogares en la vivienda	□	Hogar nº	□
Cuestionario nº	□				
Vivienda titular	<input type="checkbox"/>	Vivienda sustituta	<input type="checkbox"/>		

ESPACIO PARA MODIFICACIONES					
Municipio		Calle, plaza, carretera			
Núm. o km.	Escalera	Planta	Puerta	Código postal	
Provincia	□□	Área de muestreo	□	Código del municipio	□□□□
Código de distrito	□□	Código de sección		□□□□	
Nº de orden de la vivienda	□□	Nº de hogares en la vivienda	□	Hogar nº	□
Cuestionario nº	□				
Vivienda titular	<input type="checkbox"/>	Vivienda sustituta	<input type="checkbox"/>		

La información recogida en este cuestionario, según la **LEY 9/1988, del 19 de julio, de ESTADÍSTICA DE GALICIA**:

- Tiene **CARÁCTER OBLIGATORIO** (Art. 18): "Las estadísticas incluidas en el Plan Gallego de Estadística, en los Programas Estadísticos Anuales y las previstas en los convenios de colaboración a los que se refiere el artículo 13 de esta Ley tendrán, para su elaboración, la obligatoriedad de colaboración ciudadana", obligatoriedad sujeta a la potestad sancionadora a la que se refiere el Capítulo IV (Régimen sancionador) del Título I, que tipifica las infracciones administrativas y regula las sanciones aplicables en los artículos 32 a 36.
- Está amparada por el **SECRETO ESTADÍSTICO** (Arts. 24-28): "Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico tanto los datos relativos a las personas físicas como a las personas jurídicas" (Art. 24.1). "Los datos individuales facilitados por razones estadísticas no se podrán usar en ningún caso para finalidades fiscales o policiales, ni para cualquier otra distinta de aquella para la que fueron solicitados" (Art. 24.3). "Todas las personas, organismos e instituciones que intervengan en las operaciones reguladas por la presente Ley tendrán la obligación de mantener el secreto estadístico respecto de los datos comunicados. Esta obligación la conservarán las personas aún después de concluir sus actividades profesionales y su vinculación con los servicios estadísticos. En virtud de dicha obligación los datos individuales comunicados no se podrán hacer públicos ni se le comunicarán a ninguna persona o entidad" (Art. 26).

**C.- MIEMBROS ACTUALES DEL HOGAR DE 16 O MÁS AÑOS**

	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos
Número de orden .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>II. Relación con la actividad</b>				
<p>12. ¿En qué situación de las siguientes se encontraba antes del comienzo de la pandemia (marzo de 2020)?</p> <p>1. Trabajador/a asalariado/a del sector público .....</p> <p>2. Trabajador/a asalariado/a del sector privado .....</p> <p>3. Empresario/a o profesional que tiene empleados .....</p> <p>4. Empresario/a o trabajador/a independiente que no tiene empleados ..</p> <p>5. Parado/a, sin empleo .....</p> <p>6. Percibiendo una pensión de jubilación o ingresos de prejubilación .....</p> <p>7. Estudiante .....</p> <p>8. Otra .....</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30</p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30</p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30</p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30</p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p>13. ¿Realizó algún trabajo remunerado como asalariado/a o por su cuenta, aunque sólo fuese una hora o de forma esporádica u ocasional, desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad? (Si tuvo varios empleos, refiérase al primero que tuvo)</p> <p>1. Sí, como asalariado/a del sector público .....</p> <p>2. Sí, como asalariado/a del sector privado .....</p> <p>3. Sí, por su cuenta con empleados .....</p> <p>4. Sí, por su cuenta sin empleados .....</p> <p>5. No .....</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15</p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>14. ¿Solía encontrar empleos temporales o de temporada otros años?</p> <p>1. Sí, y no fue posible este año por causa de la pandemia .....</p> <p>2. Sí, y no fue posible este año por otros motivos .....</p> <p>3. No .....</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p> <p>3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 27</p>
<p>15. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio desempeñado en ese empleo?</p> <p>Especificar .....</p>	.....	.....	.....	.....
<p>16. ¿Cuál era la actividad del establecimiento del que dependía laboralmente?</p> <p>Especificar .....</p>	.....	.....	.....	.....
<b>Encuestador: Si el empleo es como empresario/a o trabajador/a independiente, PASAR A PREGUNTA 21</b>				
<p>17. En ese empleo, ¿se vio afectado por causa de la pandemia en alguna de las siguientes situaciones?</p>	<p><b>Sí</b>    <b>No</b></p>	<p><b>Sí</b>    <b>No</b></p>	<p><b>Sí</b>    <b>No</b></p>	<p><b>Sí</b>    <b>No</b></p>
Expediente de regulación temporal de empleo (ERTE) .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Expediente de regulación de empleo (ERE) .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Vacaciones forzadas .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Permiso sin sueldo .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Reducción de la jornada laboral .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Disminución de sueldo .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Aumento de la jornada laboral .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Teletrabajo .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Cambio de turnos u horario .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Traslado de centro de trabajo .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Cambio en las tareas que realizaba .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			



	Nombre / Apellidos _____ _____ _____	Nombre / Apellidos _____ _____ _____	Nombre / Apellidos _____ _____ _____	Nombre / Apellidos _____ _____ _____
Número de orden .....	____	____	____	____
<b>Encuestador: Si no se vio afectado por un ERTE, PASAR A PREGUNTA 20</b>				
<b>18. ¿Cuántos meses ha estado en expediente de regulación temporal de empleo (ERTE)?</b>				
Número de meses .....	____	____	____	____
<b>19. ¿Se encuentra actualmente en expediente de regulación temporal de empleo (ERTE)?</b>				
1. Sí, y cree que se reincorporará a su empleo .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Sí, pero ve difícil la reincorporación a su empleo .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Encuestador: Si no se vio afectado por un aumento de la jornada laboral, PASAR A PREGUNTA 22</b>				
<b>20. ¿Recibió compensación económica o en tiempo libre por ese aumento de jornada laboral?</b>				
1. Sí, totalmente .....	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22			
2. Sí, parcialmente .....	2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22			
3. No .....	3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22			
<b>21. En ese empleo, ¿se vio afectado por causa de la pandemia en alguna de las siguientes situaciones?</b>				
	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>
Enviar a empleados a un ERTE .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Enviar a empleados a un ERE .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Despedir a empleados .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Cese temporal de la actividad .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Reducción de la jornada laboral .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Disminución de ingresos .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Aumento de la jornada laboral .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Teletrabajo .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Cambio en el modelo de negocio .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
<b>22. ¿Dispuso en ese empleo de los medios de protección necesarios ante la COVID-19?</b>				
1. Sí, desde el principio de la pandemia .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Al principio de la pandemia no, pero después sí .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. En ningún momento .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. En ese empleo no se necesitaban .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>23. ¿Sigue teniendo actualmente ese empleo?</b>				
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30			
6. No .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>24. ¿Cuál fue el motivo por el que ya no trabaja en ese empleo?</b>				
1. Jubilación .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Despido .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Acabó contrato y no le renovaron .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Acabo contrato y no quiso renovar .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Dejó de existir la empresa o cierre definitivo de la empresa .....	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Cese temporal de la actividad .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Motivos familiares (cuidado de familiares...) .....	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. Otro .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Especificar .....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos																																																																																																													
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																													
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																																																																													
1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22 3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 22																																																																																																													
<table border="0"> <tr><td><b>Si</b></td><td><b>No</b></td></tr> <tr><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td><b>Si</b></td><td><b>No</b></td></tr> <tr><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td><b>Si</b></td><td><b>No</b></td></tr> <tr><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td><b>Si</b></td><td><b>No</b></td></tr> <tr><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td><b>Si</b></td><td><b>No</b></td></tr> <tr><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																								
<b>Si</b>	<b>No</b>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
<b>Si</b>	<b>No</b>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
<b>Si</b>	<b>No</b>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
<b>Si</b>	<b>No</b>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
<b>Si</b>	<b>No</b>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																																																													
1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30 6 <input type="checkbox"/>																																																																																																													
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> ..... .....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> ..... .....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> ..... .....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> ..... .....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> ..... .....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> ..... .....																																																																																																													

	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos
Número de orden .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>25. ¿Dicho motivo fue por causa de la pandemia?</b>				
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6. No .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>26. ¿Trabajó la semana pasada, de lunes a domingo, aunque se encontrara ausente temporalmente?</b>				
	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>
1. Como asalariado/a .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
2. Por cuenta propia (empresario/a o trabajador/a independiente) .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
3. Como ayuda familiar (trabajo no remunerado en negocio familiar) .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
<b>Encuestador: Si contesta Sí a alguna de las opciones, PASAR A PREGUNTA 30</b>				
<b>27. Durante las cuatro últimas semanas, ¿buscó trabajo activamente como asalariado/a, empresario/a o trabajador/a independiente?</b>				
<i>(Por ejemplo, se puso en contacto con una oficina de empleo, con empresarios, familiares, un sindicato...; puso, contestó o consultó anuncios en la prensa, radio, TV, internet...; realizó un examen o entrevista; buscó terrenos, un local o maquinaria, financiamiento... para establecerse por su cuenta)</i>				
<b>Nota: No se considera búsqueda activa si se está a la espera de resultados de solicitudes anteriores, de llamadas de una oficina de empleo o de resultados de oposiciones</b>				
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, porque está pendiente de incorporarse, a un trabajo que ya encontró, en los próximos tres meses .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No .....	3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 29			
<b>28. Si encontrara un trabajo en este momento, ¿estaría disponible para trabajar en un plazo inferior o igual a dos semanas?</b>				
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 30			
6. No .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>29. ¿En qué situaciones de las siguientes se encontraba la semana pasada, de lunes a domingo?</b>				
	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>	<b>Sí</b> <b>No</b>
Estudiando (alumno/a, estudiante o en formación) .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Percibiendo una pensión de jubilación o ingresos de prejubilación .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Retirado/a de su trabajo sin cobrar jubilación .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Incapacitado/a permanente .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Percibiendo una pensión distinta de la de jubilación, prejubilación o desempleo (viudedad, orfandad, invalidez...) .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Dedicado/a a las labores del hogar .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Realizando sin remuneración trabajos sociales, actividades benéficas .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Otras situaciones .....	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Especificar .....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....



### 32. Ingresos netos del hogar en 2020

#### A. Ingresos por persona

Nº de ingreso	Nº de orden de la persona	Tipo de ingreso	Rama de actividad	Período		Importe
				Anual	Día / Mes / Año	
1	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
2	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
3	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
4	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
5	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
6	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
7	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
8	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
9	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
10	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
11	□□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>

#### B. Ingresos compartidos por varios miembros del hogar

Encuestador: Marque código C cuando se determinen claramente los perceptores del ingreso compartido

Marque código F cuando no se determinen los perceptores del ingreso compartido

Nº de ingreso	Número de personas que perciben este ingreso	Número de orden de las personas que perciben este ingreso	Tipo de ingreso	Rama de actividad	Período		Importe
					Anual	Día / Mes / Año	
1	□□□	□□□, □□□ □□□, □□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
2	□□□	□□□, □□□ □□□, □□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
3	□□□	□□□, □□□ □□□, □□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
4	□□□	□□□, □□□ □□□, □□□			1. <input type="checkbox"/>	de □□□□□□ a □□□□□□	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>

Cuantía neta del ingreso	Intervalo del ingreso	¿Cobró pagas extras aparte?	Cuantía neta de cada paga extra	Intervalo de la paga extra	Número de pagas extras
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□	□□□

Cuantía del ingreso	Intervalo del ingreso
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□
□□□.□□□□,□□ □□ €	□□□

### Intervalos de ingresos

1. Hasta 250,00 €
2. De 250,01 a 425,00 €
3. De 425,01 a 600,00 €
4. De 600,01 a 1.000,00 €
5. De 1.000,01 a 1.500,00 €
6. De 1.500,01 a 2.000,00 €
7. De 2.000,01 a 2.500,00 €
8. De 2.500,01 a 3.000,00 €
9. De 3.000,01 a 4.500,00 €
10. De 4.500,01 a 6.000,00 €
11. De 6.000,01 a 9.000,00 €
12. De 9.000,01 a 12.000,00 €
13. De 12.000,01 a 18.000,00 €
14. Más de 18.000,00 €

**33. ¿Se vieron afectados sus ingresos en 2020 por causa de la pandemia?**

1. Sí ..... 1

6. No ..... 6

→ **PASAR A 35**

**34. Ingresos netos del hogar en 2020 si no hubiese la pandemia**

**A. Ingresos por persona**

Nº de ingreso	Nº de orden de la persona	Tipo de ingreso	Rama de actividad	Período		Importe
				Anual	Día / Mes / Año	
1	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
10	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
11	<input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>

**B. Ingresos compartidos por varios miembros del hogar**

**Encuestador: Marque código C cuando se determinen claramente los perceptores del ingreso compartido**

**Marque código F cuando no se determinen los perceptores del ingreso compartido**

Nº de ingreso	Número de personas que perciben este ingreso	Número de orden de las personas que perciben este ingreso	Tipo de ingreso	Rama de actividad	Período		Importe
					Anual	Día / Mes / Año	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>			1. <input type="checkbox"/>	de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Total 1 <input type="checkbox"/> 6. Mensual 6 <input type="checkbox"/>

Cuantía neta del ingreso	Intervalo del ingreso	¿Cobró pagas extras aparte?	Cuantía neta de cada paga extra	Intervalo de la paga extra	Número de pagas extras
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□	1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No <input type="checkbox"/> Ir al siguiente ingreso	□□□.□□□□,□□ €	□□□	□□□

Cuantía del ingreso	Intervalo del ingreso
□□□.□□□□,□□ €	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□
□□□.□□□□,□□ €	□□□

*Intervalos de ingresos*

1. Hasta 250,00 €
2. De 250,01 a 425,00 €
3. De 425,01 a 600,00 €
4. De 600,01 a 1.000,00 €
5. De 1.000,01 a 1.500,00 €
6. De 1.500,01 a 2.000,00 €
7. De 2.000,01 a 2.500,00 €
8. De 2.500,01 a 3.000,00 €
9. De 3.000,01 a 4.500,00 €
10. De 4.500,01 a 6.000,00 €
11. De 6.000,01 a 9.000,00 €
12. De 9.000,01 a 12.000,00 €
13. De 12.000,01 a 18.000,00 €
14. Más de 18.000,00 €

50. ¿Usted o algún miembro del hogar disponía de los siguientes bienes, ya sea en posesión, cedido o en alquiler en 2020?

	Sí	No se lo podían permitir	No Otros motivos
a) Ordenador (de sobremesa, portátil, tablet...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b) Teléfono (fijo o móvil)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c) Televisor en color	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d) Lavadora	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e) Coche para uso personal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

51. ¿Disponen en su hogar de los siguientes dispositivos?

	Sí	No
a) Teléfono móvil con capacidad de acceso a internet (smartphone)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b) Tablet, PDA o similares	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c) Ordenador portátil	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d) Ordenador de sobremesa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e) Consola de juegos con capacidad de acceso a internet	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f) Smart TV	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
g) Altavoz inteligente con asistente digital conectado a internet	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
h) Dispositivos de seguridad conectados a internet (alarma, cámaras de seguridad, cerraduras inteligentes...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
i) Otros dispositivos domésticos conectados a internet (domótica, nevera, iluminación, termostato...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

52. De aquellos que dispone, ¿los adquirió por causa de la pandemia?

	Sí	No
a) Teléfono móvil con capacidad de acceso a internet (smartphone)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b) Tablet, PDA o similares	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c) Ordenador portátil	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d) Ordenador de sobremesa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e) Consola de juegos con capacidad de acceso a internet	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f) Smart TV	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
g) Altavoz inteligente con asistente digital conectado a internet	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

53. ¿Disponen en su hogar de conexión a internet contratada (a través de cualquier dispositivo: teléfono móvil, ordenador, tablet...)?

1. Sí	1 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 55
6. No	6 <input type="checkbox"/>	

54. ¿Cuáles son los motivos por los que el hogar no tiene internet contratado?

	Sí	No
a) No lo necesitan	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b) No lo quieren	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c) No les resulta útil	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d) No lo conocen	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e) Tienen pocos conocimientos para usarlo	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f) Costes altos de los equipos	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
g) Tarifas de conexión demasiado elevadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
h) Razones relativas a la seguridad o la privacidad	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
i) Lo tienen en otro lugar (trabajo, centro de estudios, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
k) No es posible contratar internet en el lugar donde está su vivienda	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

→ PASAR A 56

55. ¿Qué tipos de conexión disponen en su vivienda?

	Fija	Móvil	Ambas	No
a) Conexión de banda ancha de velocidad igual o superior a 100Mbps (conexión a través de fibra o cable)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b) Conexión de banda ancha de velocidad igual o superior a 30Mbps e inferior a 100Mbps (conexión a través de fibra, cable, 4G o VDSL)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c) Conexión de banda ancha de velocidad igual o superior a 1Mbps e inferior a 30Mbps (conexión a través de fibra, cable, ADSL, 3G/4G (smartphones y tablets con conexión de datos 3G/4G -iPad, Android...-), pinchos 3G/4G, satélite o Wimax)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d) Conexión de banda estrecha (velocidad de conexión inferior a 1Mbps y/o conexión a través de llamada telefónica con la línea de teléfono convencional (módem) o RDSI, otros teléfonos móviles -GPRS-)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**COVID: VIVIENDA**

**56. ¿Cómo es su vivienda?**

- 1. Vivienda unifamiliar independiente con amplio espacio exterior (finca, huerta...) ..... 1
- 2. Vivienda unifamiliar independiente o adosada con patio o jardín ..... 2
- 3. Vivienda unifamiliar independiente o adosada sin espacio exterior (patio o jardín) ..... 3
- 4. Piso o apartamento con espacio exterior (patio o terraza) ..... 4
- 5. Piso o apartamento sin espacio exterior (patio o terraza) ..... 5
- 6. Otro tipo (chabola, cabaña...) ..... 6

**57. ¿Cuál es su satisfacción con las condiciones de su vivienda para vivir en ella durante la pandemia en relación a...?**

- |  | Muy buena                  | Buena                      | Normal                     | Mala                       | Muy mala                   |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Su tamaño, número de habitaciones, baños, personas viviendo en ella.....        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b) Disponibilidad de luz natural suficiente .....                                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c) Disponibilidad de espacios exteriores (patio, jardín...) .....                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d) Facilidad para que algún miembro del hogar se aislase en caso de contagio ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**58. ¿Pasó el hogar los períodos de confinamiento o los cierres perimetrales en esta vivienda?**

- 1. Sí ..... 1  → **PASAR A 60**
- 2. Algunos miembros de hogar sí, otros no ..... 2
- 3. No ..... 3

**59. ¿Cuál fue el motivo por el que pasaron los períodos de confinamiento o los cierres perimetrales en otra vivienda?**

- 1. Cuidado de familiares ..... 1
- 2. Mejores condiciones de confortabilidad ..... 2
- 3. Mayor facilidad para mantener las medidas de distancia social ..... 3
- 4. Evitar la posibilidad de contagio a otros miembros del hogar ..... 4
- 5. Motivos laborales ..... 5
- 6. Vivían en otra vivienda ..... 6
- 7. Desplazados temporalmente a otra vivienda ..... 7
- 8. Reunirse con familiares o amistades, evitar la soledad ..... 8
- 9. Otro (especificar) ..... 9

**Encuestador: Si el hogar es unipersonal, PASAR A LA PREGUNTA 61  
ESTA PREGUNTA ES DE CARÁCTER VOLUNTARIO. SI NO DESEA RESPONDER, MARQUE LA OPCIÓN "NO CONTESTA"**

**60. ¿Cómo cambió la convivencia en su domicilio durante la pandemia?**

- 1. Mejoró mucho ..... 1
- 2. Mejoró algo ..... 2
- 3. Siguió igual ..... 3
- 4. Empeoró algo ..... 4
- 5. Empeoró mucho ..... 5
- 8. No contesta ..... 8

	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos
	[ ]	[ ]	[ ]
	[ ]	[ ]	[ ]
	[ ]	[ ]	[ ]
Número de orden .....	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]

**MIEMBROS A 01/01/2021 DEL HOGAR DE 16 O MÁS AÑOS**

PRIVACIÓN MATERIAL	Sí			No			Sí			No			Sí			No			
		No se lo podía permitir	Otros motivos		No se lo podía permitir	Otros motivos		No se lo podía permitir	Otros motivos		No se lo podía permitir	Otros motivos		No se lo podía permitir	Otros motivos		No se lo podía permitir	Otros motivos	
61. Durante el año 2020...																			
a) ¿Sustituía las ropas estropeadas por otras nuevas (que no fueran de segunda mano)? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
b) ¿Tenía dos pares de zapatos (o un par adecuado para cualquier época del año)? ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
c) ¿Se reunía con amigos y/o familiares para comer o tomar algo al menos una vez al mes? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
d) ¿Participaba regularmente en actividades de ocio tales como deportes, cine, conciertos...? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
e) ¿Gastaba una pequeña cantidad de dinero en usted mismo cada semana? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
f) ¿Disponía de conexión a internet (fija o móvil) para uso personal en el hogar? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

**Encuestador: Contesta sólo aquellas opciones que no se podían permitir**

62. ¿Fue por causa de la pandemia por lo que no se podía permitir...	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a) ¿Sustituía las ropas estropeadas por otras nuevas (que no fueran de segunda mano)? .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b) ¿Tener dos pares de zapatos (o un par adecuado para cualquier época del año)? ....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c) ¿Reunirse con amigos y/o familiares para comer o tomar algo al menos una vez al mes? .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d) Participar regularmente en actividades de ocio tales como deportes, cine, conciertos... ..	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e) ¿Gastaba una pequeña cantidad de dinero en usted mismo cada semana? .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f) ¿Disponía de conexión a internet (fija o móvil) para uso personal en el hogar? .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**MIEMBROS ACTUALES DEL HOGAR DE 5 O MÁS AÑOS**

NUEVAS TECNOLOGÍAS			
63. ¿Ha usado alguno de estos dispositivos electrónicos con posibilidad de acceso a internet en los últimos 3 meses?			
<b>Teléfono móvil (smartphone)</b>			
1. Sí, para conectarse a internet .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Sí, pero no para conectarse a internet .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Otros dispositivos móviles (tablet, PDA, netbooks...)</b>			
1. Sí, para conectarse a internet .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Sí, pero no para conectarse a internet .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Ordenador de sobremesa o portátil</b>			
1. Sí, para conectarse a internet .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Sí, pero no para conectarse a internet .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Encuestador: Si usó teléfono móvil, otros dispositivos móviles u ordenador de sobremesa o portátil para conectarse a internet, PASAR A PREGUNTA 65**

64. ¿Cuándo fue la última vez que usó internet?			
1. En los últimos 3 meses .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Hace más de 3 meses y menos de 12 meses .....	2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67	2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67	2 <input type="checkbox"/> → PASAR A 67
3. Hace más de 12 meses .....	3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 69	3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 69	3 <input type="checkbox"/> → PASAR A 69
4. Nunca lo usó .....	4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 72	4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 72	4 <input type="checkbox"/> → PASAR A 72

Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos																																																																																										
<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>No se lo podía permitir</b></td> <td><b>Otros motivos</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>			<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>No se lo podía permitir</b></td> <td><b>Otros motivos</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>			<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>No se lo podía permitir</b></td> <td><b>Otros motivos</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>			<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>No se lo podía permitir</b></td> <td><b>Otros motivos</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>			<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>No se lo podía permitir</b></td> <td><b>Otros motivos</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>			<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
	<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
	<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
	<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
	<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
	<b>No se lo podía permitir</b>	<b>Otros motivos</b>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																												
<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																														
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
<b>Sí</b>	<b>No</b>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																													
<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																													
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>																																																																																														
3 <input type="checkbox"/>																																																																																														
<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 67</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 69</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 72</td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67	3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69	4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 67</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 69</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 72</td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67	3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69	4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 67</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 69</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 72</td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67	3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69	4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 67</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 69</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 72</td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67	3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69	4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 67</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 69</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>→ PASAR A 72</td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67	3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69	4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72																																																		
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67																																																																																													
3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69																																																																																													
4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67																																																																																													
3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69																																																																																													
4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67																																																																																													
3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69																																																																																													
4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67																																																																																													
3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69																																																																																													
4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72																																																																																													
1 <input type="checkbox"/>																																																																																														
2 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 67																																																																																													
3 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 69																																																																																													
4 <input type="checkbox"/>	→ PASAR A 72																																																																																													

	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de orden .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>TIEMPO LIBRE</b>  <b>72. Durante la pandemia, ¿le dedicó más, igual o menos tiempo a las siguientes actividades de tiempo libre?</b>	<b>Más</b>	<b>Igual</b>	<b>Menos</b>	<b>Más</b>	<b>Igual</b>	<b>Menos</b>	<b>Más</b>	<b>Igual</b>	<b>Menos</b>	
	a) Leer .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b) Escuchar música, ver la televisión, películas, series o canales de pago .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	c) Hacer ejercicio .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	d) Hacer manualidades, costura, bricolaje .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	e) Jardinería, cuidar de la huerta o animales domésticos .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	f) Compartir más tiempo con las personas con las que convive (charlar, jugar...) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	g) Realizar llamadas o videollamadas a familiares .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	h) Realizar llamadas o videollamadas a amistades .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	i) Usar redes sociales, navegar por internet, jugar en línea .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

<b>73. ¿Realizaba alguna de estas actividades antes del comienzo de la pandemia?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
	a) Usar el transporte público .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	b) Visitar a familiares en sus casas o recibir visitas en la suya .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	c) Visitar a amistades en sus casas o recibir visitas en la suya .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	d) Ir a bares, restaurantes .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	e) Ir al cine, teatro, conciertos... ..	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	f) Ir al gimnasio, piscina .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	g) Ir a la peluquería, centro de belleza .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	h) Ir de compras, centros comerciales .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	i) Viajar, hacer turismo .....	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

<b>74. ¿Con qué frecuencia las realizó en los periodos en los que estaban permitidas durante la pandemia?</b>	<b>Mayor</b>	<b>Igual</b>	<b>Menor</b>	<b>Dejó de hacerla</b>	<b>Mayor</b>	<b>Igual</b>	<b>Menor</b>	<b>Dejó de hacerla</b>	<b>Mayor</b>	<b>Igual</b>	<b>Menor</b>	<b>Dejó de hacerla</b>	
	a) Usar el transporte público .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b) Visitar a familiares en sus casas o recibir visitas en la suya .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c) Visitar a amistades en sus casas o recibir visitas en la suya .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	d) Ir a bares, restaurantes .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	e) Ir al cine, teatro, conciertos... ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	f) Ir al gimnasio, piscina .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	g) Ir a la peluquería, centro de belleza .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	h) Ir de compras, centros comerciales .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	i) Viajar, hacer turismo .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**SALUD**

**NOTA: LAS PREGUNTAS 75, 76, 77 Y 78 SON DE CARÁCTER VOLUNTARIO. EN AQUELLAS QUE NO DESEE RESPONDER MARQUE LA OPCIÓN "NO CONTESTA".**

<b>75. Diría que su salud física desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad...</b>	1. Ha mejorado .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	2. Permanece igual .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	3. Ha empeorado un poco .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4. Ha empeorado mucho .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	8. No contesta .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

<b>76. Diría que su salud emocional desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad...</b>	1. Ha mejorado .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	2. Permanece igual .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	3. Ha empeorado un poco .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4. Ha empeorado mucho .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	8. No contesta .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

<p>Nombre / Apellidos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[ ] [ ] [ ]</p>	<p>Nombre / Apellidos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[ ] [ ] [ ]</p>	<p>Nombre / Apellidos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[ ] [ ] [ ]</p>	<p>Nombre / Apellidos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[ ] [ ] [ ]</p>	<p>Nombre / Apellidos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[ ] [ ] [ ]</p>
<p>Más Igual Menos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Más Igual Menos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Más Igual Menos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Más Igual Menos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Más Igual Menos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>
<p>Si No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>
<p>Mayor Igual Menor Dejó de hacerla</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Mayor Igual Menor Dejó de hacerla</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Mayor Igual Menor Dejó de hacerla</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Mayor Igual Menor Dejó de hacerla</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Mayor Igual Menor Dejó de hacerla</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>

	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos	Nombre / Apellidos
Número de orden .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>77. ¿Hubo alguna ocasión en la que realmente necesitaba consultar a un médico o dentista y no lo hizo por causa de la pandemia (le anularon, retrasaron o no consiguió cita, no fue por miedo a contagiarse...)?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6. No .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8. No contesta .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
<b>78. ¿Cómo se sintió de solo/a durante la pandemia?</b>			
1. Mucho más que antes .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Algo más que antes .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Igual .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Algo menos que antes .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Mucho menos que antes .....	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. No contesta .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
<b>CONCILIACIÓN DE LOS MENORES DE 13 AÑOS</b>			
<b>79. ¿Tenía 3 años o más a 31 de diciembre de 2020?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81
6. No .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>80. ¿Asiste actualmente a una guardería, escuela infantil...?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/> FIN	1 <input type="checkbox"/> FIN	1 <input type="checkbox"/> FIN
2. No, por causa de la pandemia (el centro está cerrado, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/> FIN	2 <input type="checkbox"/> FIN	2 <input type="checkbox"/> FIN
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/> FIN	3 <input type="checkbox"/> FIN	3 <input type="checkbox"/> FIN
<b>81. ¿Asiste actualmente a un centro escolar?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, por causa de la pandemia (el centro está cerrado, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>82. ¿Usa el servicio de apertura antes del horario lectivo del centro escolar (madrugadores)?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, por causa de la pandemia (no hubo ese servicio, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>83. ¿Usa el servicio de comedor del centro escolar?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, por causa de la pandemia (no hubo ese servicio, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>84. ¿Usa el servicio de transporte escolar?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, por causa de la pandemia (no hubo ese servicio, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>85. ¿Acude a actividades extraescolares o deportivas (incluye clases de refuerzo) impartidas en el centro escolar?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, por causa de la pandemia (no hubo ese servicio, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>86. ¿Acude a clases particulares, academias... fuera del centro escolar?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Non, por causa de la pandemia (academia cerrada, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>87. ¿Acude a actividades extraescolares o deportivas fuera del centro escolar?</b>			
1. Sí .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. No, por causa de la pandemia (actividades suspendidas, miedo al contagio...) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. No, por otros motivos .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

| Nombre / Apellidos   |
|--|--|--|--|--|
| <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>   |
| 1 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/><br>8 <input type="checkbox"/>   |
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 81 6 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> FIN 2 <input type="checkbox"/> FIN 3 <input type="checkbox"/> FIN	1 <input type="checkbox"/> FIN 2 <input type="checkbox"/> FIN 3 <input type="checkbox"/> FIN	1 <input type="checkbox"/> FIN 2 <input type="checkbox"/> FIN 3 <input type="checkbox"/> FIN	1 <input type="checkbox"/> FIN 2 <input type="checkbox"/> FIN 3 <input type="checkbox"/> FIN	1 <input type="checkbox"/> FIN 2 <input type="checkbox"/> FIN 3 <input type="checkbox"/> FIN
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				

