

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO _____
----------------------	-----------------

Antecedentes entrevista	
Fecha	
Hora	
Dirección.	
Coordenada	
Encuestador sigla	
Firma Encuestador	
Método Aplicado	_____ Encuesta escrita (por correo).
	_____ Entrevista verbal (entrevista cara a cara).
	_____ Encuesta por teléfono
	_____ Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) _____/_____ (mes /año)
K2. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en este sector?	2) desde _____/_____ (mes/año)
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input type="checkbox"/> propiedad <input type="checkbox"/>
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
K5. ¿Durante cuántas horas al día usted se encuentra fuera de casa en un día laboral normal, por ejemplo, en el trabajo, de compras o en otras diligencias? [Entrevistador: preguntar de nuevo si más de 20 h. El día tiene 24 h, menos 8 h dormir = 16 h]	5) Aprox. _____ horas por día

K11. Aquí ve usted una lista de condiciones medioambientales. Por favor indique: ¿Con qué intensidad se siente usted molesto por las siguientes condiciones medioambientales?

	Nada afectado	Un poco afectado	Medianamente afectado	Fuertemente afectado	Muy afectado
11.1 Mala infraestructura (colegios, áreas verdes, transporte público, etc.)	0	1	2	3	4
11.2 Ruido (tráfico vehicular, industria aviones, vecinos, etc.)	0	1	2	3	4
11.3 Alta densidad poblacional (construcción estrecha, escasas de estacionamientos)	0	1	2	3	4
11.4 Aire contaminado (esmog, olores, etc.)	0	1	2	3	4
11.5 Suciedad (grafitis, basura)	0	1	2	3	4
11.6 Otros: _____	0	1	2	3	4

K12. ¿Con qué intensidad se percibe el ruido (por ejemplo, tráfico, industria, agricultura) en general en su casa?

Imperceptible	0
Débilmente	1
Claramente	2
Fuerte	3
Extremadamente fuerte	4

K13. Esta es una escala de “0” a “10” para medir cuán molesto se ha sentido usted por ruido en su casa. Si usted no se siente totalmente molesto marque “0”, si usted se siente totalmente molesto marque “10”, y si se encuentra entre estos números elija uno en la escala entre 0 y 10. Pensando en los últimos 12 meses en su casa, ¿qué número entre 0 y 10 muestras de mejor manera cuán molesto se siente usted debido al ruido?

(Por favor marcar un solo número)

10	Extremadamente Molesto
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	Sin Molestia

K14. Si usted está molesto por ruido. Usted piensa que la molestia por ruido en su casa es...?

Aceptable	0
No aceptable	1
No aplicable	

K15. Según su opinión, ¿cuál es la fuente o causa principal para este ruido?

Tránsito vehicular	1
Industrias	2
Agricultura	3
Otros _____ (Indicar)	

K16. Pensando en los últimos 12 meses, cuando usted ha estado en su casa, ¿Cuán molesto se ha sentido por ruido?

Nada en absoluto	
Un poco	
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

K17. ¿Con qué intensidad se percibe el olor (por ejemplo, tráfico, industria, agricultura, vino) en general en su casa?

Imperceptible	
Débilmente	
Claramente	
Fuerte	
Extremadamente fuerte	

K18. Esta es una escala de “0” a “10” para medir cuán molesto se ha sentido usted por olores en su casa. Si usted no se siente totalmente molesto marque “0”, si usted se siente totalmente molesto marque “10”, y si se encuentra entre estos números, elija uno en la escala entre 0 y 10. Pensando en los últimos 12 meses en su casa, ¿qué número entre 0 y 10 muestras de mejor manera cuán molesto se siente usted debido a olores?

(Por favor marcar un solo número)

10	Extremadamente Molesto
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	Sin Molestia
0	

K19. Si usted está molesto por olores. Usted piensa que la molestia por olores en su casa es...?

Aceptable	0
No aceptable	1
No aplicable	

K20. Según su opinión, ¿cuál es la fuente o causa principal de estos olores?

Tránsito vehicular	1
Industrias	2
Agricultura	3
Vino	4
Alcantarillado	5
Fosas sépticas	6
Quemas de leña	7
Otros _____ (Indicar)	

K21. Por favor describa con sus propias palabras la principal molestia de olor

(Por ejemplo, olor a quemado, dulce, picante a huevo podrido, excremento, vino)

21.1 _____
 21.2 _____
 21.3 _____

K22. Pensando en los últimos 12 meses, cuando usted ha estado en su casa, ¿Cuán molesto se ha sentido por olores?

Nada en absoluto	
Un poco	
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 _____ (año)

K25. Sexo

25 Masculino ☐ Femenino ☐

K26. ¿Cuántas personas viven en esta casa en forma permanente incluyéndose usted y los niños?

26.1 En total _____ personas, de éstos 26.2 _____ bajo 14 años (niños)

26.3 _____ de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 _____ sobre 18 años (adultos)