

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>01</u>
Antecedentes entrevista	
Fecha	<u>31.03.2021</u>
Hora	<u>12:05</u>
Dirección.	<u>Camino San Jorge norte S/N</u>
Coordenada	
Encuestador sigla	<u>[Signature]</u>
Firma Encuestador	<u>[Signature]</u>
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo). <input checked="" type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara). <input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono <input type="checkbox"/> Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) <u>20</u> / <u>junio</u> (mes/año)
K2. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en este sector?	2) desde <u>20</u> / <u>junio</u> (mes/año)
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input checked="" type="checkbox"/> propiedad <input type="checkbox"/>
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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. <u>6-8</u> 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, escasos 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

OBS: Desde el frente => Grupo de Gobierno
Bosque del Comal (Paso)

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

Aceptable	<u>0</u>
No aceptable	1
No aplicable	

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

Tránsito vehicular	<u>1</u>
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	<u>X</u>
Fuertemente	
Extremadamente	

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

Imperceptible	
Débilmente	
Claramente	<u>X</u>
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	
0	Sin Molestia

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 Excremento asociado a la actividad de ganado

21.2 _____

21.3 _____

OBS: Guano de ave.

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 1965 (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 5 personas, de éstos 26.2 1 bajo 14 años (niños)
26.3 0 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 4 sobre 18 años (adultos)

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>02</u>
Antecedentes entrevista	
Fecha	<u>31-03-2024</u>
Hora	<u>13:30</u>
Dirección.	<u>Calle San Jorge Norte 510</u>
Coordenada	
Encuestador sigla	
Firma Encuestador	
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo). <input type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara). <input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono <input type="checkbox"/> Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) <u>11</u> / <u>2005</u> (mes/año)	Trabajo
K2. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en este sector?	2) desde <u>11</u> / <u>2005</u> (mes/año)	Trabajo
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input type="checkbox"/> propiedad <input type="checkbox"/>	Trabajo
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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.)	X	1	2	3	4
11.2 Ruido (tráfico vehicular, industria aviones, vecinos, etc.	X	1	2	3	4
11.3 Alta densidad poblacional (construcción estrecha, escasos de estacionamientos)	X	1	2	3	4
11.4 Aire contaminado (esmog, olores, etc.)	X	1	2	3	4
11.5 Suciedad (grafitis, basura)	0	1	X	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	X
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	
X	
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	<input checked="" type="checkbox"/>
No aceptable	1
No aplicable	

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

Tránsito vehicular	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
Un poco	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

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

Imperceptible	<input type="checkbox"/>
Débilmente	<input checked="" type="checkbox"/>
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	
0	Sin Molestia

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

Acceptable	0
No acceptable	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 putridión

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	X
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 1952 (año)

K25. Sexo

25 Masculino X Femenino

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

26.1 En total 6 personas, de éstos 26.2 0 bajo 14 años (niños)
26.3 0 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 0 sobre 18 años (adultos)

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>03</u>
Antecedentes entrevista	
Fecha	<u>30-03-2021</u>
Hora	<u>18:00.</u>
Dirección.	
Coordenada	
Encuestador sigla	<u>N.P.</u>
Firma Encuestador	
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo).
	<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara).
	<input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono
	<input type="checkbox"/> Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) <u>08</u> / <u>2020</u> (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 checked="" type="checkbox"/>
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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. <u>9</u> 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	X

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

Tránsito vehicular	X
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	X
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

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

Imperceptible	
Débilmente	X
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	
0	Sin Molestia

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 quema

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	X
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 1957 (año)

K25. Sexo

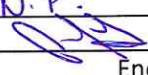
25 Masculino ☐ Femenino X

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

26.1 En total 2 personas, de éstos 26.2 0 bajo 14 años (niños)
26.3 0 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 2 sobre 18 años (adultos)

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>04</u>
Antecedentes entrevista	
Fecha	<u>31-03-2021</u>
Hora	<u>12:29</u>
Dirección.	<u>Camino San Jorge s/N</u>
Coordenada	
Encuestador sigla	<u>N.P.</u>
Firma Encuestador	
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo).
	<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara).
	<input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono
	<input type="checkbox"/> Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) <u>07</u> / <u>1995</u> (mes/año)
K2. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en este sector?	2) desde <u>07</u> / _____ (mes/año)
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input type="checkbox"/> propiedad <input checked="" type="checkbox"/>
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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. <u>10</u> 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.)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
11.2 Ruido (tráfico vehicular, industria aviones, vecinos, etc.)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
11.3 Alta densidad poblacional (construcción estrecha, escasas de estacionamientos)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
11.4 Aire contaminado (esmog, olores, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
11.5 Suciedad (grafitis, basura)	0	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>
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	
<input checked="" type="checkbox"/>	
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	<input checked="" type="checkbox"/>
No aceptable	1
No aplicable	

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

Tránsito vehicular	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

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

Imperceptible	<input checked="" type="checkbox"/>
Débilmente	
Claramente	
Fuerte	
Extremadamente fuerte	

(Por favor marcar un solo número)

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

Acceptable	0
No acceptable	1
No aplicable	

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

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

21.1 putrefacción

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	X
Fuertemente	
Extremadamente	

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 1972 (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 4 personas, de éstos 26.2 bajo 14 años (niños)

26.3 1 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 3 sobre 18 años (adultos)

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>05</u>
Antecedentes entrevista	<u>Indagación</u>
Fecha	<u>24/Noviembre/2021</u>
Hora	<u>12:14</u>
Dirección.	<u>Caminos San Jorge Norte, S/N</u>
Coordenada	<u>27°14'22" E 60°05'09" N WGS84 UTM-18</u>
Encuestador sigla	<u>S.S</u>
Firma Encuestador	<u>any.</u>
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo).
	<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara).
	<input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono
	<input type="checkbox"/> 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 _____/ <u>1990</u> (mes/año)
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input checked="" type="checkbox"/> propiedad <input checked="" type="checkbox"/> <u>(Cosa de la abuela)</u>
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. <u>3</u> horas por día <u>matutino/tarde.</u>

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.)	X	1	2	3	4
11.2 Ruido (tráfico vehicular, industria aviones, vecinos, etc.)	X	1	2	3	4
11.3 Alta densidad poblacional (construcción estrecha, escasas de estacionamientos)	X	1	2	3	4
11.4 Aire contaminado (esmog, olores, etc.)	X	1	2	3	4
11.5 Suciedad (grafitis, basura)	0	X	2	3	4
11.6 Otros: _____	0	1	2	3	4

Basura ovecen que le p olo canaly otros pensamientos

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

Imperceptible	0
Débilmente	X
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	
X	Sin Molestia

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

Aceptable	<input checked="" type="radio"/>
No aceptable	1
No aplicable	

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

Tránsito vehicular	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
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	
0	Sin Molestia

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	<input checked="" type="checkbox"/>

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 <u>no hay</u> (Indicar)	<input checked="" type="checkbox"/>

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 no por acá

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Un poco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>
Fuertemente	<input type="checkbox"/>
Extremadamente	<input type="checkbox"/>

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 enero 1953 (año)

K25. Sexo

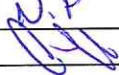
25 Masculino ☒ Femenino ☐

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

26.1 En total 2. personas, de éstos 26.2 0. bajo 14 años (niños)
26.3 0 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 2 sobre 18 años (adultos)

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>66</u>
Antecedentes entrevista	
Fecha	<u>25-03-2021</u>
Hora	<u>13:30</u>
Dirección.	<u>Fundo Sta Elena S/N (San Jorge Norte)</u>
Coordenada	
Encuestador sigla	<u>N.P</u>
Firma Encuestador	
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo).
	<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara).
	<input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono
	<input type="checkbox"/> Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) <u>07</u> / <u>1990</u> (mes/año)
K2. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en este sector?	2) desde <u>07</u> / <u>1990</u> (mes/año)
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input type="checkbox"/> propiedad <input checked="" type="checkbox"/>
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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. <u>10</u> 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	X

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

Tránsito vehicular	X
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	X
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	X
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	
0	Sin Molestia

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	X

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

Tránsito vehicular	1
Industrias	2
Agricultura	3
Vino	4
Alcantarillado	X
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	<input checked="" type="checkbox"/>
Un poco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>
Fuertemente	<input type="checkbox"/>
Extremadamente	<input type="checkbox"/>

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 1987 (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 3 personas, de éstos 26.2 0 bajo 14 años (niños)
26.3 0 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 0 sobre 18 años (adultos)

Cuestionario de Muestra según NCh3387:2015

Módulo K - Preguntas Centrales

Numero de Encuestado	RS NÚMERO <u>07</u>
Antecedentes entrevista	
Fecha	<u>31-03-2021</u>
Hora	<u>12:03</u>
Dirección.	<u>Camino San Jorge norte S/N</u>
Coordenada	
Encuestador sigla	<u>N.P.</u>
Firma Encuestador	
Método Aplicado	<input type="checkbox"/> Encuesta escrita (por correo). <input checked="" type="checkbox"/> Entrevista verbal (entrevista cara a cara). <input type="checkbox"/> Encuesta por teléfono <input type="checkbox"/> Encuesta asistida por Web (online).

K1. ¿Cuándo se ha cambiado usted a esta casa/departamento?	1) <u>05</u> / <u>1997</u> (mes/año)
K2. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en este sector?	2) desde <u>05</u> / <u>1997</u> (mes/año)
K3. ¿La casa donde vive es de su propiedad o es arrendada?	3) arriendo <input type="checkbox"/> propiedad <input checked="" type="checkbox"/>
K4. ¿Utiliza usted aquí un balcón, terraza o un jardín?	4) No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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. <u>9</u> 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, escasos 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	<input checked="" type="checkbox"/>
No aceptable	1
No aplicable	

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

Tránsito vehicular	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
Fuertemente	
Extremadamente	

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

Imperceptible	
Débilmente	<input checked="" type="checkbox"/>
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	Sin Molestia
2	
1	
0	

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

Acceptable	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 putrición

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderadamente	
Fuertemente	
Extremadamente	

K24. ¿Cuál es el año de su nacimiento?

24 1995 (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 4 personas, de éstos 26.2 1 bajo 14 años (niños)

26.3 de 14 hasta 18 años (jóvenes) 26.4 3 sobre 18 años (adultos)