

ENCUESTA ESTRUCTURAL A HOGARES

Módulo de capital social: bienestar 2019



PARTE ESPECÍFICA

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).

PERSONAS DE 16 O MÁS AÑOS

	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"/>
<p><u>A.- Satisfacción general</u></p> <p>1. En una escala del 0 al 10, ¿cuál es su grado de satisfacción global con...? (0 significa nada satisfecho y 10 plenamente satisfecho)</p> <p>a.- Su vida en la actualidad</p> <p>b.- La situación económica de su hogar</p> <p>c.- Su vivienda</p> <p>d.- Su trabajo actual (conteste sólo si trabaja)</p> <p>e.- El tiempo del que dispone para hacer lo que le gusta</p> <p>f.- Sus relaciones personales</p> <p>g.- Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive</p> <p>h.- La calidad de la zona en la que vive</p>	<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"/>
<p>NOTA: ESTA PREGUNTA SÓLO CONTESTAN LAS PERSONAS QUE ESTÁN TRABAJANDO</p> <p>2. En una escala del 0 al 10, ¿cuál es su grado de satisfacción con el tiempo necesario para ir a su trabajo? (0 significa nada satisfecho y 10 plenamente satisfecho) Marque la opción "No procede" si no tiene que desplazarse ya que trabaja en su vivienda</p>	<input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="text"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede
<p>3. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida piensa que vale la pena lo que hace en su vida? (0 significa que no vale nada la pena y 10 que vale la pena totalmente)</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p><u>B.- Relaciones personales</u></p> <p>4. En el último mes, sin contar las personas con las que vive, ¿con qué frecuencia...?</p> <p>a) Se reunió con familiares</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene familiares</p> <p>b) Habló con familiares por teléfono (llamadas, mensajes, whatsapp...)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>c) Se comunicó con familiares por internet (correo electrónico, redes sociales...)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>d) Se reunió con amigos</p> <p>1.- Todos o casi todos los días</p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana</p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes</p> <p>4.- Nunca en el último mes</p> <p>5.- No tiene amigos</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>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.d</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>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>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>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.g</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>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.d</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>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.g</p>

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> No procede
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.d 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"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.d 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"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.d 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"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.g	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.d 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → PASAR A 4.g

<p>e) Habló con amigos por teléfono (llamadas, mensajes, whatsapp...)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Nunca en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>f) Se comunicó con amigos por internet (correo electrónico, redes sociales...)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Nunca en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>g) Conversó con vecinos sobre diferentes temas</p> <p>1.- Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Nunca en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>5.- No tiene vecinos <input type="checkbox"/></p> <p>h) Se reunió con compañeros de trabajo o estudios en su tiempo libre (conteste sólo si trabaja o estudia)</p> <p>1.- Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Por lo menos una vez a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Por lo menos una vez al mes <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Nunca en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>5.- No tiene compañeros de trabajo ni de estudios <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>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>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>5 <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>5 <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>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <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>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>5. ¿Tiene a alguien con quién hablar de temas personales?</p> <p>1.- Sí <input type="checkbox"/></p> <p>6.- No <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Pensando en familiares, amigos y vecinos, ¿a cuántas personas miembros y no miembros del hogar podría pedir ayuda para que...?</p> <p>a.- Lo/a cuidaran en caso de enfermedad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b.- Le prestaran ayuda económica en caso de necesidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c.- Le hicieran alguna gestión, favor, recado (ir al banco, recoger un pedido...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d.- Lo/a acompañaran a una consulta médica o al hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e.- Le cuidaran a sus hijos menores de 14 años (marque la opción "No tiene" si no tiene hijos menores de 14 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/></p>	<p>Miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/></p>	<p>Miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/></p>
<p>NOTA: SÓLO CONTESTE A LOS APARTADOS PARA LOS QUE PODRÍA PEDIR AYUDA A ALGUNA PERSONA</p>	<p>Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>Padres <input type="checkbox"/></p> <p>Hijos <input type="checkbox"/></p> <p>Hermanos <input type="checkbox"/></p> <p>Amigos, vecinos, otros familiares <input type="checkbox"/></p>	<p>Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/></p> <p>Padres <input type="checkbox"/></p> <p>Hijos <input type="checkbox"/></p> <p>Hermanos <input type="checkbox"/></p> <p>Amigos, vecinos, otros familiares <input type="checkbox"/></p>
<p>7. ¿A qué persona acudiría en primer lugar para que...?</p> <p>a.- Lo/a cuidaran en caso de enfermedad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b.- Le prestaran ayuda económica en caso de necesidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c.- Le hicieran alguna gestión, favor, recado (ir al banco, recoger un pedido...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d.- Lo/a acompañaran a una consulta médica o al hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e.- Le cuidaran a sus hijos menores de 14 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>

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"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <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"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <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"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <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"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <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"/>
Miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene 88 <input type="checkbox"/>	Miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene 88 <input type="checkbox"/>	Miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene 88 <input type="checkbox"/>	Miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No miembros del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene 88 <input type="checkbox"/>
Cónyuge o pareja 1 <input type="checkbox"/> Padres 2 <input type="checkbox"/> Hijos 3 <input type="checkbox"/> Hermanos 4 <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos, otros familiares 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Cónyuge o pareja 1 <input type="checkbox"/> Padres 2 <input type="checkbox"/> Hijos 3 <input type="checkbox"/> Hermanos 4 <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos, otros familiares 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Cónyuge o pareja 1 <input type="checkbox"/> Padres 2 <input type="checkbox"/> Hijos 3 <input type="checkbox"/> Hermanos 4 <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos, otros familiares 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Cónyuge o pareja 1 <input type="checkbox"/> Padres 2 <input type="checkbox"/> Hijos 3 <input type="checkbox"/> Hermanos 4 <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos, otros familiares 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

C.- Estado de salud y estado emocional		
NOTA: LAS PREGUNTAS 8, 9, 10 Y 11 SON DE CARÁCTER VOLUNTARIO. EN AQUELLAS QUE NO DESEE RESPONDER MARQUE LA OPCIÓN "NO CONTESTA"		
8. ¿Cómo es su salud en general? 1.- Muy buena 2.- Buena 3.- Regular 4.- Mala 5.- Muy mala 8.- No contesta	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"/>
9. Durante al menos los últimos seis meses, ¿en qué medida se vio limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace? 1.- Gravemente limitado/a 2.- Limitado/a pero no gravemente 3.- Nada limitado/a 8.- No contesta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
10. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en la que realmente necesitaba consultar a un médico o dentista y no lo hizo? 1.- Sí, porque era demasiado caro 2.- Sí, porque estaba en lista de espera o no tenía volante 3.- Sí, porque no disponía de tiempo debido al trabajo u otras obligaciones 4.- Sí, porque era demasiado lejos para viajar o no disponía de medios de transporte 5.- Sí, por otros motivos 6.- No 8.- No contesta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/> 8 <input type="checkbox"/>
11. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió...? a) Tan bajo/a de moral que nada podía animarlo/a 1.- Siempre 2.- Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Sólo alguna vez 5.- Nunca 8.- No contesta b) Especialmente tenso/a 1.- Siempre 2.- Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Sólo alguna vez 5.- Nunca 8.- No contesta c) Desanimado/a y deprimido/a 1.- Siempre 2.- Casi siempre 3.- Algunas veces 4.- Sólo alguna vez 5.- Nunca 8.- No contesta	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"/> 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"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/>

<p>d) Calmado/a y tranquilo/a</p> <p>1.- Siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Casi siempre <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Sólo alguna vez <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta <input type="checkbox"/></p> <p>e) Solo/a</p> <p>1.- Siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Casi siempre <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Sólo alguna vez <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta <input type="checkbox"/></p> <p>f) Feliz</p> <p>1.- Siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Casi siempre <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Sólo alguna vez <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta <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>5 <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>5 <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>5 <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>5 <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>5 <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>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>D.- Seguridad</u></p> <p>12. En los últimos 5 años...</p> <p>a.- ¿Sufrió un robo? <input type="checkbox"/></p> <p>b.- ¿Lo/a engañaron al comprar un producto o servicio? <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>
<p>NOTA: SOLO CONTESTAN LAS PERSONAS QUE EN LA ANTERIOR PREGUNTA CONTESTARON "SÍ" A ALGUNA DE LAS OPCIONES. ESTA PREGUNTA ES DE CARÁCTER VOLUNTARIO, POR LO QUE SI NO DESEA RESPONDER MARQUE LA OPCIÓN "NO CONTESTA"</p>		
<p>13. ¿Cómo afectó a su bienestar físico y psicológico ser víctima de esos delitos?</p> <p>1.- Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Bastante <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Poco <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Nada <input type="checkbox"/></p> <p>8.- No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>Físico Psicológico</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>Físico Psicológico</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>
<p>14. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida piensa que en los próximos 5 años le puede suceder...? (0 significa nada probable y 10 muy probable)</p> <p>a.- Un robo <input type="text"/></p> <p>b.- Una agresión física <input type="text"/></p> <p>c.- Un engaño al comprar un producto o servicio <input type="text"/></p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>15. En la zona en la que vive, ¿se siente seguro/a caminando de noche usted solo/a?</p> <p>1.- Muy seguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Bastante seguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Un poco inseguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>4.- Muy inseguro/a <input type="checkbox"/></p> <p>5.- No procede (no camina solo/a por enfermedad o discapacidad) <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>5 <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>5 <input type="checkbox"/></p>

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"/> 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"/> 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"/>
Sí No 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Sí No 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Sí No 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Sí No 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Físico Psicológico 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Físico Psicológico 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Físico Psicológico 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Físico Psicológico 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

<u>E.- Ciudadanía</u>						
16. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...?	Varias veces	Una vez	Ninguna	Varias veces	Una vez	Ninguna
a.- Ha donado ropa o alimentos a personas necesitadas, directamente o a través de una organización	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.- Ha ayudado o cuidado a personas que no son de su familia sin cobrar (cuidado de niños o personas enfermas, personas sin recursos...)	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.- Ha utilizado el punto limpio del Ayuntamiento, punto SIGRE de una farmacia.....	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.- Ha realizado trabajo voluntario sin remuneración en alguna ONG o asociación	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.- Ha hecho alguna donación a ONGs o asociaciones con fines sociales	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.- Ha realizado alguna aportación con fines culturales o artísticos (mecenazgo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. En una escala del 0 al 10, ¿qué importancia le da a cada una de las siguientes actitudes y comportamientos a la hora de considerar a alguien como un buen ciudadano? (0 significa nada importante y 10 muy importante)						
a.- Ser una persona solidaria con la gente que está peor que usted	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
b.- Votar en las elecciones	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
c.- No evadir impuestos	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
d.- Cumplir siempre las leyes y las normas	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
e.- Respetar las opiniones de los demás aunque sean diferentes de las propias	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
f.- Ser una persona responsable y honesta	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<u>F.- Confianza</u>						
18. En una escala del 0 al 10, ¿diría usted que puede confiar...? (0 significa que no le inspira ninguna confianza y 10 que le inspira una confianza total) Marque la opción "No tiene" si no tiene familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o compañeros de estudios						
a.- En la mayor parte de las personas	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
b.- En sus familiares	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene
c.- En sus amigos	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene
d.- En sus vecinos	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene
e.- En sus compañeros de trabajo (conteste sólo si trabaja)	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene
f.- En sus compañeros de estudios (conteste sólo si estudia)	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="text"/>	11 <input type="checkbox"/>	No tiene
19. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida confía en...? (0 significa que no le inspira ninguna confianza y 10 que le inspira una confianza total)						
a.- Las Administraciones Públicas	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
b.- El sistema político (organización del Estado, normas, partidos políticos, sindicatos...) ..	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
c.- El sistema judicial	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
d.- El sistema sanitario	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
e.- El sistema educativo	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
f.- Las instituciones europeas e internacionales (Parlamento Europeo, Comisión Europea, OMS, FMI...)	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
g.- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
h.- El Ejército	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
i.- La banca	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
k.- Las ONGs (Cáritas, Médicos sin Fronteras...)	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
l.- Los medios de comunicación	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
m.- El empresariado	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
n.- Las instituciones religiosas	<input type="text"/>			<input type="text"/>		

Incidencias:

A series of horizontal dotted lines for writing.