

Cuestionario
BARÓMETRO MUNICIPAL VALÈNCIA 2023-2024 (OLA 24)
E-18198 CASTELLANO

Cuestionario E-18198 – Barómetro MUNICIPAL OLA 24

Tiempo máximo de la entrevista: 25 minutos

Inicio del Campo:

Fin del Trabajo de Campo:

I. VARIABLES DE LA MUESTRA

- Distrito
- Sexo
- Edad
- Actividad
- Nacionalidad
-

I. GDPR – PII Data

NOMBRE

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

II. INTRODUCCIÓN

BUENOS DÍAS/ BUENAS TARDES: ME LLAMO <NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADORA> DE LA EMPRESA GFK DEDICADA A LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE MERCADO Y SONDEOS DE OPINIÓN. ESTAMOS COLABORANDO CON EL AYUNTAMIENTO DE VALÈNCIA HACIENDO UNA ENCUESTA Y NOS GUSTARÍA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE TEMAS DE ACTUALIDAD. LA DURACIÓN APROXIMADA ES DE 15 MINUTOS. MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR SU COLABORACIÓN.

LE SOLICITAREMOS SU NÚMERO DE TELÉFONO Y UN CORREO ELECTRÓNICO QUE SÓLO UTILIZAREMOS PARA VERIFICAR QUE HEMOS RECOGIDO CORRECTAMENTE SUS RESPUESTAS. AL FINAL DE LA ENTREVISTA, LE PEDIREMOS QUE NOS DÉ EL CONSENTIMIENTO PARA ESTA SUPERVISIÓN.

F 0 ¿En qué lengua quiere que le haga la entrevista?

1 Castellano

2 Valenciano

FILTROS

FILTRO 1. Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

FILTRO 2. ¿Qué edad tiene usted? ____ años

Nota: <18 años fin de la entrevista

Nota: >99 años asignar código 99

FILTRO 3.1. ¿Está empadronado/a en este distrito? |__| |__|

1 Sí

2 No *Fin de la entrevista*

FILTRO 3.2. ¿Barrio |__|? (*Anotad*)

FILTRO 3.3. Localización/ID: P|__| |__| |__|

FILTRO 4. ¿Cuál es su nacionalidad?

1 Española

2 Extranjera UE

3 Extranjera No UE

Nota: En caso de doble nacionalidad y una de ellas española, indicar española. En caso de doble nacionalidad y una de ellas UE, indicar UE.

FILTRO 5. Actualmente, ¿cuál es su situación laboral?

	ENTREVISTADO/A
Trabaja (por cuenta propia o ajena)	1
Paro 1.º trabajo	2
Paro (ha trabajado antes)	3
Estudiante	4
Jubilación, pensionista, incapacitación laboral	5
Otras situaciones	6
No sabe	98
No contesta	99

Entrevistador/a: ACLARACIÓN:

- Si es estudiante y parado/-a (se clasifica como parado/-a).
- Si trabaja y estudia (se clasifica como trabajador/-a)
- Otras situaciones: trabajos del hogar, voluntariado, que estudia algún curso de formación o prepara oposiciones...
- Si es pensionista y trabaja, se clasifica como pensionista.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

COMENZAREMOS HABLANDO SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO EN SU VIDA DIARIA...

P.1. EN UNA SEMANA DE ACTIVIDAD NORMAL, ¿CUÁNTOS DÍAS ANDA, VA EN BICI O CUALQUIER OTRO TRANSPORTE SIN MOTOR AL MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA DESPLAZARSE (ir a trabajar, hacer compras, llevar a los niños a la escuela, ir a al centro de estudios...)?

P.1.		
Días por semana		
N.º	N.S.	N.C.
<input type="text"/>	98	99

P.2. (Solo si P.1.>0 y P.1.<8) Y EN UN DÍA NORMAL, ¿CUÁNTO TIEMPO EMPLEA EN DESPLAZARSE (ir y volver)?

P.2.						
Tiempo						
10-29 min	30- 59 min	1h-2h	2h-3h	>3h	N.S.	N.C.
01	02	03	04	05	98	99

P.3. (Sólo si F.5=1,4,6) ¿CUÁL DE ESTAS POSIBILIDADES DESCRIBE MEJOR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL EN EL CENTRO DE TRABAJO, CENTRO DE ENSEÑANZA, HOGAR (LABORES DOMÉSTICAS)...?

Estoy sentado/a la mayor parte del tiempo y me desplazo en contadas ocasiones	01
Estoy de pie la mayor parte del tiempo sin grandes desplazamientos o esfuerzos físicos	02
Combino estar sentado/a y de pie, no suelo pasar tiempo en la misma postura	03
Estoy andando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes a pie	04
Hago trabajo pesado o tareas que requieren un gran esfuerzo físico	05
N.S.	98
N.C.	99

P.4. Y EN SU TIEMPO LIBRE, ¿USTED HACE EJERCICIO O ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA? (Leer respuestas) (Solo una respuesta)

Hago alguna actividad física (deporte, andar o pasear en bicicleta)	01
No hago ejercicio	02
N.S.	98
N.C.	99

P.5. (Solo Si P.4 = 1) ¿QUÉ ACTIVIDADES FÍSICAS O DEPORTIVAS PRACTICA CON MÁS FRECUENCIA? (No sugerir. Anotad) (Máximo tres respuestas)

1 _____ 2 _____ 3 _____

P.6.1. (Solo Si P.4.= 01) EN UNA SEMANA NORMAL, ¿CUÁNTOS DÍAS HACE EJERCICIO AL MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?

P. 6.2. (Solo Si P.4.= 01) ¿Y CUÁNTO TIEMPO HACE EJERCICIO ESTE DÍA/ESTOS DÍAS? (sin contar el tiempo de desplazamiento)

P.6.1			P.6.2						
Días por semana			Tiempo						
N.º	N.S.	N.C.	10-29 min	30- 59 min	1h-2h	2h-3h	>3h	N.S.	N.C.
<input type="text"/>	98	99	01	02	03	04	05	98	99

P.7. (Solo Si P.4.= 02) ¿ME PODRÍA DECIR CUÁL O CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE NO PRACTICA DEPORTE O NO HACE MÁS ACTIVIDAD FÍSICA? (No leer, anotar respuesta espontánea) (Máximo dos respuestas)

	1.º	2.º
No tengo tiempo	01	01
No tengo ganas/ interés o no le veo utilidad	02	02
Por falta de accesibilidad a las instalaciones deportivas	03	03
Por motivos económicos	04	04
No tengo con quién practicarlo	05	05
Por edad	06	06
Por motivos de salud o por alguna lesión	07	07
Salgo cansado del trabajo /estudio	08	08
Hago actividad física trabajando o en el lugar de estudios	09	09
Los horarios de trabajo/estudio no son compatibles	10	10
Otros _____	97	97
N.S.	98	98
N.C.	99	99

SALUD Y AUTOPERCEPCIÓN

NOS GUSTARÍA CONOCER QUÉ PIENSA SOBRE SU PROPIO ESTADO DE SALUD.

P.8. POR FAVOR, DIGAME CON QUÉ FRASE DE LAS SIGUIENTES SE SIENTE MÁS IDENTIFICADO/A:

Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas	01
Tengo tanta salud como cualquiera	02
Mi salud es excelente, mejor que la de la mayoría	03
N.S.	98
N.C.	99

P.9. ¿CÓMO ES SU SALUD EN GENERAL?

Muy Buena	01
Buena	02
Regular	03
Mala	04
Muy mala	05
N.S.	98
N.C.	99

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y PESO

AHORA TRATAREMOS ASPECTOS DE SU ESTADO FÍSICO Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

P.10. PODRÍA INDICARME, APROXIMADAMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA DUERME USTED HABITUALMENTE?

____/____/____ Horas |____| |____| Minutos N.S. 98 N.C 99

P.11. EN UN DÍA LABORABLE NORMAL, ¿CUÁNTAS VECES COME INCLUYENDO “PICAR” O APERITIVO (galletas, rosquilletas, fruta, frutos secos, dulces...)?

N.º de comidas: _____ N.S. 98 N.C 99

P.12. LE VOY A LEER UNA LISTA DE ALIMENTOS Y DÍGAME SI LOS CONSUME: A DIARIO, VARIAS VECES A LA SEMANA, UNA VEZ A LA SEMANA, CASI NUNCA O NUNCA. (Mostrar tarjeta)

1. A diario. 2. Varias veces a la semana. 3. Una vez a la semana. 4. Menos de una vez a la semana
5. Casi nunca. 6. Nunca

	1	2	3	4	5	6	N.S.	N.C.
Carne fresca o congelada (no procesada) como pollo, cerdo, ternera (...)	01	02	03	04	05	06	98	99
Pescado fresco congelado (no procesado) Fresco o Congelado	01	02	03	04	05	06	98	99
Huevos	01	02	03	04	05	06	98	99
Leche y derivados. (Leche fresca, Yogur, Queso)	01	02	03	04	05	06	98	99
Verduras y hortalizas (frescas o congeladas)	01	02	03	04	05	06	98	99
Fruta fresca	01	02	03	04	05	06	98	99
Pan, arroz, pastas u otros cereales	01	02	03	04	05	06	98	99
Dulces, pastelería, helados artesanales	01	02	03	04	05	06	98	99
Procesados derivados de carne y pescado (embutidos, salchichas, varitas de pescado)	01	02	03	04	05	06	98	99
Alimentos fritos y/o bollería industrial	01	02	03	04	05	06	98	99
Refrescos industriales	01	02	03	04	05	06	98	99

P.13. EN GENERAL, LOS ALIMENTOS QUE CONSUME EN CASA, ¿SON PREPARADOS POR USTED O ALGUNA OTRA PERSONA DE SU HOGAR, O SON PRODUCTOS QUE ESTÁN YA ELABORADOS O PRECOCINADOS? (Leer respuestas) (Solo una respuesta).

Todos se elaboran en casa	1
Casi todos o la mayor parte se elaboran en casa	2
Más o menos la mitad se elaboran en casa y la otra mitad son precocinados	3
Casi todos o la mayor parte son precocinados	4
Todos son precocinados	5
N.S.	98
N.C.	99

P.14.1. ¿ME PODRÍA DECIR CUÁL ES SU ALTURA?

P.14.2. ¿Y SU PESO?

		N.S. (no leer)	N.C. (no leer)
Altura	_ _ cm	98	99
Peso	_ _ , _ kg	98	99

P.15 ¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE USTED SOBRE SU CUERPO?

SE CONSIDERA UNA PERSONA...

Con peso por debajo del peso normal	1
Con peso normal	2
Con peso por encima del peso normal	3
N.S.	98
N.C.	99

P. 16. ¿FUMA TABACO O HA FUMADO EN EL PASADO?

Sí, fumo actualmente	1
No fuma en la actualidad pero sí en el pasado	2
No fuma ni lo ha hecho nunca/ sólo lo he probado	3
N.S.	98
N.C.	99

P. 17. (Solo si P16=01) ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA POR TÉRMINO MEDIO AL DÍA APROXIMADAMENTE? (Leer respuestas) (Solo una respuesta).

entre 1-5	1
entre 6-10	2
entre 11-20	3
entre 21-40	4
más de 40	5
No aplicable	97
N.S.	98
N.C.	99

P. 18. SIN CONTAR LAS VECES EN LAS QUE USTED PROBÓ OCASIONALMENTE EL TABACO, ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A FUMAR? (Solo si P.16=1 o 2.)

|_| / |_| / |_| Años

P. 19. ¿USTED CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL?

Sí, consume alcohol actualmente	1
No consume en la actualidad pero sí en el pasado	2
No, no consume alcohol ni lo ha hecho nunca	3
N.S.	98
N.C.	99

P.20. (Solo si P.19=1) DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA CONSUMIDO BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL (VINO, SIDRA, CERVEZA, BRANDY...)? (Mostrar tarjeta) (Solo una respuesta)

Diariamente	1
Varias veces a la semana	2
Una vez por semana	3
Una vez cada 15 días	4
Una vez al mes	5
Casi nunca	6
N.S.	98
N.C.	99

P.21.1. (Solo si P.20=1,2,3) ¿ME PODRÍA DECIR QUÉ CANTIDAD DE ESTAS BEBIDAS TOMA EN UN DÍA ENTRE SEMANA NORMAL?

P.21.2. (Solo si P.20=1,2,3) ¿Y UN FIN DE SEMANA NORMAL? (DESDE VIERNES POR LA NOCHE).

	P.21.1				P.21.2			
	N.º		N. S.	N.C	N.º		N. S.	N.C.
Caña de cerveza, copa de vino, sidra, cava	_____	_____	98	99	_____	_____	98	99
Destilados: anís, whisky, coñac...	_____	_____	98	99	_____	_____	98	99
Combinados: cubatas, cócteles...	_____	_____	98	99	_____	_____	98	99

P.22. (Solo si P.19=1,2) SIN CONTAR LAS VECES EN LAS QUE USTED PROBÓ OCASIONALMENTE EL ALCOHOL, ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A BEBER?

____/____ Años

SALUD MENTAL Y REDES DE APOYO

P.23. LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE EL ÚLTIMO MES. RESPONDA EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10.

SE HA SENTIDO MÁS FRECUENTEMENTE...

Muy cansado/da					Con mucha vitalidad					N.S.	N.C.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99

Muy triste					Muy feliz					N.S.	N.C.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99

Muy enfadado/a					Con mucha tranquilidad					N.S.	N.C.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99

Muy preocupado/a					Nada preocupado/a					N.S.	N.C.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99

P.24. ¿EN QUÉ MEDIDA SE HA SENTIDO USTED SATISFECHO/A CON SU VIDA EN GENERAL A LO LARGO DEL ÚLTIMO MES? PARA RESPONDER, UTILICE LA ESCALA DE 0 A 10, EN LA QUE 0 SIGNIFICA QUE ESTÁ COMPLETAMENTE INSATISFECHO/A Y 10 QUE ESTÁ COMPLETAMENTE SATISFECHO/A.

Completamente insatisfecho/a

Completamente satisfecho/a

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NS.....98

NC.....99

P.25. ¿EN QUÉ MEDIDA SE SIENTE USTED SATISFECHO/A CON CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA? UTILICE PARA VALORARLOS UNA ESCALA DE 0 A 10, DONDE 0 SIGNIFICA QUE ESTÁ "COMPLETAMENTE INSATISFECHO/A" Y EL 10 QUE ESTÁ "COMPLETAMENTE SATISFECHO/A".

	PUNTUACIÓN		No aplica	N.S.	N.C.
Su vida familiar o relaciones familiares	_____	_____	97	98	99
Sus amistades	_____	_____	97	98	99
La relación de pareja	_____	_____	97	98	99

P.26. SI ALGUNA VEZ USTED TIENE UN PROBLEMA, ¿PODRÍA CONTAR CON EL APOYO Y AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS?

Sí	No	N.S.	N.C.
01	02	98	99

P.27. EN GENERAL, ¿EN QUÉ MEDIDA PIENSA USTED QUE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS LE AYUDARÍA EN CASO DE QUE LO NECESITARA? POR FAVOR SITUÉSE EN UNA ESCALA DE 1 A 10 EN LA CUAL EL 1 SIGNIFICA "CON TODA SEGURIDAD NO LE AYUDARÍAN" Y EL 10 "CON TODA SEGURIDAD LE AYUDARÍAN".

	Seguro NO le ayudarían.....Seguro SI le ayudarían										No aplicable	N.S	N.C
Vecinos/as	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	97	98	99
Familiares	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	97	98	99
Amistades	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	97	98	99
Compañeros/as de trabajo o estudios	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	97	98	99

P.28. ¿SE SIENTE USTED SOLO/A SIEMPRE, A MENUDO, OCASIONALMENTE O NUNCA?

Siempre	A menudo	Ocasionalmente	Nunca	N.S.	N.C.
01	02	03	04	98	99

ENFERMEDADES, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO**LE VAMOS A REALIZAR UNAS PREGUNTAS MUY CORTAS SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TRATAMIENTOS.****P.29.1. ¿USTED SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA?**

Sí	01
No	02
N.S.	98
N.C.	99

P.29.2. (Solo si P.29.1=01) ¿CUÁL? (No leer. Respuesta múltiple).

	P.29.2
Enfermedades cardiovasculares (como infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares)	1
Cáncer	2
Enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma)	3
Enfermedades del aparato digestivo (úlceras, hepatitis)	4
Diabetes	5
Hipertensión	6
Alergias	7
Enfermedades psiconeurológicas (depresión, ansiedad)	8
Enfermedades de los huesos y las articulaciones	9
Trastorno del sueño	10
Otra _____	11
N.S.	98
N.C.	99

P. 30.1. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿DE ESTOS SÍNTOMAS CUÁLES HA SUFRIDO? (Respuesta múltiple. Leer y marcar el/los que proceda/n).**P.30.2. (Solo si P.30.1=1) ¿SE MEDICA PARA PALIAR ESTOS SÍNTOMAS?****P.30.3. (Solo si P.30.2=1) ¿ESTE MEDICAMENTO TIENE PRESCRIPCIÓN MÉDICA?**

(ROTAR)	P.30.1				P.30.2				P.30.3			
	Sí	No	N.S.	N.C.	Sí	No	N.S.	N.C.	Sí	No	N.S.	N.C.
Dolor de huesos, articulaciones o muscular	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Dolor de cabeza, garganta, oídos, ojos o dientes	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Dolor de estómago, digestivo, hígado, diarrea, estreñimiento...	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Problemas respiratorios, dolor en el pecho, falta de aire	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Fatiga, mareos, desmayos, ...	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
(Para mujeres). Menstruación dolorosa u otros problemas con el aparato reproductivo, menopausia, etc.	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Problemas en el corazón o sensación de que el corazón late con fuerza o de prisa	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Insomnio	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
Otra sintomatología asociada a la enfermedad crónica	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

P.31.1. DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS O TRATAMIENTOS ¿CUÁL UTILIZA O HA UTILIZADO PARA PALIAR SÍNTOMAS EN EL ÚLTIMO AÑO? (Respuesta múltiple. Leer y marcar el/los que proceda/n).

P.31.2. (Solo si P.31.1=1 Preguntar a cada una de las respuestas afirmativas) **¿Y DIRÍA USTED QUE EL USO DE ESTE TRATAMIENTO HA SIDO MUY, BASTANTE, POCO O NADA EFECTIVO...?**

(ROTAR)

	P.31.1		P.31.2					
	Sí	No	Muy	Bastante	Poco	Nada	N.S.	N.C
Cambio de dieta	1	2	01	02	03	04	98	99
Productos de herbolario	1	2	01	02	03	04	98	99
Ejercicio físico (estiramientos, yoga, pilates, natación...)	1	2	01	02	03	04	98	99
Fisioterapia, masaje, osteopatía	1	2	01	02	03	04	98	99
Grupos de apoyo, terapia psicológica	1	2	01	02	03	04	98	99
Homeopatía, acupuntura y otras terapias alternativas	1	2	01	02	03	04	98	99

ÉTICA, VALORES Y SALUD

POR ÚLTIMO TRATAREMOS CUESTIONES QUE LE PUEDAN PROCUPAR SOBRE EL FUTURO Y LA ENFERMEDAD.

P. 32. ¿A CUÁL DE LAS SIGUIENTES POSIBLES SITUACIONES RESPECTO DE SU FUTURO TIENE USTED MÁS TEMOR? ¿Y EN SEGUNDO LUGAR? (Mostrar tarjeta) (Máximo dos respuestas)

	1.º	2.º
El deterioro mental, pérdida de memoria	1	1
La soledad	2	2
La dependencia respecto a otras personas	3	3
El dolor	4	4
La muerte	5	5
El sentimiento de inutilidad	6	6
El deterioro físico	7	7
N.S.	98	98
N.C.	99	99

P.33. EN GENERAL, CREE QUE LAS ENFERMEDADES SE DEBEN PRINCIPALMENTE A (Mostrar tarjeta) (Elegir máximo dos respuestas)

Factores externos (virus, infecciones...)	1
El estilo de vida (alimentación, actividad física...)	2
Actividad laboral y condiciones de trabajo	3
Problemas personales y familiares	4
Falta de recursos económicos	5
Malestar psicológico y emocional (depresión, ansiedad...)	6
Adicciones (alcohol, tabaco, drogas...)	7
Genética y factores hereditarios	8
Factores ambientales (contaminación, productos químicos, agua no potable...)	9
Otra causa que le parezca importante, ¿cuál? _____	10
N.S.	98
N.C.	99

P. 34. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES CONSIDERA QUE FAVORECE MÁS LA MEJORA DE LA SALUD EN EL PROCESO DE CURA? (Solo una opción)

Tener acceso a atención sanitaria	1
Tener apoyo familiar y de amistades	2
Tener una predisposición psicológica positiva frente a la enfermedad	3
N.S.	98
N.C.	99

P.35. ¿USTED QUÉ TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA Y MÉDICA TIENE?

Seguridad Social Pública	1
Seguro privado (por medio de la empresa o el trabajo)	2
Seguro privado (contratado personalmente)	3
Dos opciones (público/privado)	4
N.S.	98
N.C.	99

P.36.1. DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES, ¿DE CUÁLES HA NECESITADO ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? (Leer. Respuesta múltiple)

P.36.2. (Solo si P.36.1=01) **¿A CUÁLES HA ACUDIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?**

P.36.3. (Solo si P.36.2=01) **¿HA PAGADO POR LA ATENCIÓN?**

	P.36.1				P.36.2				P.36.3			
	Sí	No	N.S.	N.C	Sí	No	N.S.	N.C	Sí	No	N.S.	N.C
Óptica/Oculista	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Ortopedia	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Fisioterapia	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Dentista	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Dermatólogo	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Ginecología	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Otorrinolaringólogo	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99
Psicología/psiquiatría	01	02	98	99	01	02	98	99	01	02	98	99

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P.37.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA CONTÁNDOSE USTED?

P.37.2. ¿Y CUÁNTAS SON MENORES DE 18 AÑOS?

P.37.1.				
P.37.2.				

P.38. ¿EN QUÉ LENGUA HABLA HABITUALMENTE? (Leer opciones. Solo una respuesta)

En valenciano siempre	Más valenciano que castellano	Más castellano que valenciano	En castellano siempre	En otros	N/C
01	02	03	04	(Anotad) _____	99

P.39. ¿Y SU LUGAR DE NACIMIENTO ES?

Valencia ciudad	Valencia provincia	Resto de C. Valenciana	Resto de España	Resto del mundo	N.S.	N.C.
01	02	03	04	05	98	99

P.40. CUANDO HABLAMOS DE POLÍTICA UTILIZAMOS NORMALMENTE LAS EXPRESIONES IZQUIERDA Y DERECHA. EN UNA ESCALA DE 1 A 10, DONDE 1 SERÍA MÁS A LA IZQUIERDA Y 10 MÁS A LA DERECHA, ¿DONDE SE SITUARÍA USTED?

Muy a la izquierda								Muy a la derecha		N.S.	N.C.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99

P.41. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS ACABADOS?

Obligatorios no finalizados	01
Obligatorios (primaria, EGB, ESO)	02
Secundarios generales (bachillerato, PREU, BUP, COU)	03
Secundarios profesionales (comercio, FP1, FP2, módulos grado medio/superior)	04
Universitarios (grados, diplomatura, licenciatura, máster, postgrado, doctorado)	05
N.S.	98
N.C.	99

P.42. (Solo si F5=1,3,5) **¿A QUÉ SECTOR DE ACTIVIDAD SE DEDICA PRINCIPALMENTE LA EMPRESA U ORGANIZACIÓN DONDE TRABAJA O TRABAJABA USTED?**

1	Agricultura, Ganadería	5	Administración/Sector público
2	Industria	6	Otros servicios
3	Construcción	98	N.S.
4	Hostelería	99	N.C.

P.43. ACTUALMENTE, ENTRE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, APROXIMADAMENTE, ¿DE CUÁNTOS INGRESOS DISPONEN DE MEDIA AL MES? *(netos, después de la deducción de impuestos).*

No tiene ingresos	01
Menos de 500 €	02
De 501 € a 1.000 €	03
De 1.001 € a 1.500 €	04
De 1.501 € a 2.500 €	05
De 2.501 € a 5.000 €	06
Más de 5.001 €	07
N.S.	98
N.C.	99

EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES LE INFORMAMOS QUE:

Les dades que ha facilitat en este document es tracten temporalment a través de l'entitat GfK Emer Ad Hoc Research, S.L., que actua com a encarregada del tractament de dades personals, és a dir, pel compte de l'Ajuntament de València, amb la finalitat d'elaborar el baròmetre municipal d'opinió ciutadana. Esta entitat pot posar-se en contacte amb vostè per a comprovar que li ha sigut realitzada l'enquesta i, sobre la base del que disposa el Reglament General de Protecció de Dades (UE) 2016/679, vosté pot exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió i d'altres contemplats en el reglament esmentat, conforme s'explica en la informació adicional de protecció de dades que pot consultar en el document annex o en este enllaç: <http://www.valencia.es/val/politica-privacitat>.

RELLENAR POR LA PERSONA ENTREVISTADORA**ESCALA DE CREDIBILIDAD DEL ENTREVISTADO/DA**

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----