



LA Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

Este folleto muestra el contenido del cuestionario de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico.

**This questionnaire is available in either English or Spanish.
Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the Spanish questionnaire, begin on page 2. To complete the English questionnaire, flip this over and complete the purple side.

Please complete this form as soon as possible. Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

If you need help or have questions about completing this form, call the number that our census representative has given you.

For more information about the American Community Survey, visit our web site at: <http://www.census.gov/acs>.

Para completar el cuestionario en español, comience en la página 2. Para completar el cuestionario en inglés, vérelo y complete el lado lila.

Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea posible. Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, llame al número de teléfono que le ha dado nuestro representante del censo.

Para obtener más información sobre la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, vaya a nuestra página en la Internet: <http://www.census.gov/acs>.



- 1 ¿Cuál es su nombre?** Por favor, escriba su nombre en letra de molde. Incluya su número de teléfono y la fecha de hoy para que podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta.

Apellido

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono

 -

Fecha

Mes Día Año

- 2 ¿Cuál es su sexo?** Marque (x) UNA casilla.

 Masculino Femenino

- 3 ¿Cuál es su edad y su fecha de nacimiento?** Por favor, escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

- A** **NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 4 sobre origen hispano Y la Pregunta 5 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

- 4 ¿Es usted de origen hispano, latino o español?**



- No**, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc. ↘

- 5 ¿Cuál es su raza?** Marque (x) una o más casillas.



- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrito(a) o la tribu principal. ↘

- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc. ↘
- Nativa de Hawaii
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, tiyiana, tongana, etc. ↘

- Alguna otra raza – Escriba la raza en letra de molde. ↘

- 6 ¿Dónde nació usted?**

- En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estado.

- Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde Puerto Rico o el nombre del país extranjero, o de las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.

- 7 ¿Es usted ciudadano(a) de los Estados Unidos?**

- Sí, nació en Puerto Rico → PASE a la pregunta 9a
- Sí, nació en los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte
- Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.
- Sí, es ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización. Escriba el año de naturalización ↘

- No, no es ciudadano(a) de los Estados Unidos

- 8 ¿Cuándo vino usted a vivir a Puerto Rico?** Escriba los números en las casillas.

Año

- 9 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted en una escuela o universidad?** Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela superior o un título universitario.

- No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 10
- Escuela o universidad pública
- Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar (home school)

- b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía usted?** Marque (x) UNA casilla.

- Pre-escolar o pre-kinder
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12 ↘

- Estudios universitarios al nivel de bachillerato (freshman a senior)
- Escuela graduada o profesional más allá de un bachillerato universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)



- 10** ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que usted ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12

- Pre-escolar o pre-kinder
 Kindergarten
 Grado 1 al 11 – Especifique grado 1-11

- Grado 12, SIN DIPLOMA

GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

- Diploma de escuela superior
 GED o examen equivalente

UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

- Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios
 1 año o más de créditos universitarios, sin título
 Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)
 Título de bachillerato universitario (por ejemplo: BA, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

- Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
 Título profesional más allá de un título de bachillerato universitario (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
 Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

- B** Conteste la pregunta 11 si tiene un título de bachillerato universitario o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 12.

- 11** Esta pregunta se enfoca en su TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO. Por favor, escriba en letra de molde el título específico de la concentración de estudio de cualquier TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO específico(s) que usted recibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza de educación primaria, o psicología organizacional)

- 12** ¿Cuál es su ascendencia u origen étnico?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)

- 13** a. En su hogar, ¿habla usted un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 14a

- b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

- c. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

- 14** a. ¿Vivía usted en esta dirección hace 1 año?

- Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la pregunta 16
 Sí, en esta dirección → PASE a la pregunta 15
 No, fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos – Escriba en letra de molde continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15

- No, en una dirección diferente en los Estados Unidos o Puerto Rico

- b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Dirección
 Nombre de urbanización o condominio
 Número y nombre de la calle

Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar

Nombre del municipio en Puerto Rico o condado de los Estados Unidos

Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos

Código Postal

- 15** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted beneficios del gobierno por medio del Programa de Asistencia Nutricional? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.

- Sí
 No

- 16** ¿Tiene usted cobertura ACTUALMENTE de cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su patrono o sindicato (unión), actual o previo, (de usted o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por usted o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance, la Reforma de Salud o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Administración de Veteranos (VA) (incluye si usted alguna vez haya usado o se haya registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



17 a. ¿Es usted sordo(a) o tiene una dificultad seria para oír?

- Sí
 No

b. ¿Es usted ciego(a) o tiene una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

- Sí
 No

C Conteste las preguntas 18a – c si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **I** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

18 a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
 No

b. ¿Tiene usted una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

c. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

D Conteste la pregunta 19 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **I** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

19 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad para hacer diligencias solo(a), tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí
 No

20 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a) actualmente
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **E**

21 En los PASADOS 12 MESES, ¿usted –

- | | Sí | No |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22 ¿Cuántas veces ha estado usted casado(a)?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

23 ¿En qué año se casó usted la última vez?

Año

--	--	--	--

E Conteste la pregunta 24 si usted es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 25a.

24 ¿Ha dado a luz usted en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

25 a. ¿Tiene usted algún nieto menor de 18 años que viva en este lugar?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 26

b. ¿Es usted actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en este lugar?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 26

c. ¿Cuánto tiempo hace que usted es responsable de este(os) nieto(s)? Si usted es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 ó 4 años |
| <input type="checkbox"/> 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> 5 años o más |
| <input type="checkbox"/> 1 ó 2 años | |

26 ¿Ha estado usted alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

- Nunca estuvo en el servicio militar → PASE a la pregunta 29a
- Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 28a
- En servicio activo ahora
- En servicio activo en el pasado, pero no ahora

27 ¿Cuándo estuvo usted en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual usted estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Mayo del 1975 a julio del 1990
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Febrero del 1955 a julio del 1964
- Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

28 a. ¿Tiene usted una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ... 100%)
- No → PASE a la pregunta 29a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene usted?

- 0 por ciento
- 10 ó 20 por ciento
- 30 ó 40 por ciento
- 50 ó 60 por ciento
- 70 por ciento o más



29 a. **LA SEMANA PASADA, ¿hizo usted algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?**

- Sí → PASE a la pregunta 30
 No – No trabajó (o está retirado(a))

b. **LA SEMANA PASADA, ¿hizo usted CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?**

- Sí
 No → PASE a la pregunta 35a

30 **¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA?** Si trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde usted trabajó la mayor parte de la semana.

a. **Dirección**
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio o la calle o intersección más cercana.

b. **Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar**

c. **¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?**

- Sí
 No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. **Nombre del municipio en Puerto Rico o condado de los Estados Unidos**

e. **Anote Puerto Rico o nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero**

f. **Código Postal**

31 **¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA?** Si usualmente utilizó más de un medio de transportación durante el viaje, marque (X) la casilla correspondiente al que utilizó por más distancia.  **E**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motora |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren urbano | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en esta dirección → PASE a la pregunta 39a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

F Conteste la pregunta 32 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 31. De lo contrario, PASE a la pregunta 33.

32 **¿Cuántas personas, incluyéndolo(a) a usted, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?**

Persona(s)

33 **¿A qué hora usualmente salía usted de esta dirección para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?**

Hora Minutos

 :

a.m.

p.m.

34 **¿Cuántos minutos le tomó a usted usualmente ir de esta dirección al trabajo LA SEMANA PASADA?**

Minutos

G Conteste las preguntas 35 – 38 si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 39a.

35 a. **LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted suspendido(a) (on layoff) o en cesantía de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 35c
 No

b. **LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?**

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporera, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 38
 No → PASE a la pregunta 36

c. **¿Se le ha informado a usted que será llamado(a) de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?**

- Sí → PASE a la pregunta 37
 No

36 **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado usted buscando trabajo ACTIVAMENTE?**

- Sí
 No → PASE a la pregunta 38

37 **LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido usted comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?**

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
 No, debido a una enfermedad temporera propia
 No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

38 **¿Cuándo trabajó usted por última vez, aunque fuera por unos pocos días?**

- En los últimos 12 meses
 Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **H**
 Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 47

39 a. **¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas), ¿trabajó usted 50 semanas o más? Incluya tiempo libre pagado como trabajo.**

- Sí → PASE a la pregunta 40
 No

b. **¿Cuántas semanas trabajó usted aunque fuera unas cuantas horas, incluso vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio militar?**

- 50 a 52 semanas
 48 a 49 semanas
 40 a 47 semanas
 27 a 39 semanas
 14 a 26 semanas
 13 semanas o menos

40 **En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente usted cada SEMANA?**

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA



I Muchas gracias por su participación.

Coloque el cuestionario en el sobre y **GUÁRDELO** hasta que su Representante del Negociado del Censo lo recoja.

COPIA DE INFORMACIÓN

El Negociado del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Reduction Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD-3K138, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a Paperwork@census.gov: escriba "Paperwork Project 0607-0810" en el espacio para el tema.

No se requiere que las personas respondan a ninguna recopilación de información a menos que ésta tenga un número válido aprobado de la Oficina de Administración y Presupuesto. Este número de 8 dígitos se encuentra en la parte inferior derecha de la cubierta de este cuestionario.



CENSUS USE ONLY

1. ¿Quién contestó las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- Residente en la muestra
- Individuo con poder o autorización para responder en nombre del residente en la muestra
- Individuo con clasificación de empleado especial juramentado
- Una combinación de fuentes
- No sabe

2. ¿Cómo se completaron las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- Por auto-respuesta
- Por medio de una entrevista en persona – *Especifique la razón* ↘

3. ¿Se usaron registros administrativos para completar cualquiera de las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- No**
- Sí, se usó alguna** información de registros administrativos para completar este cuestionario
- Sí, todas** las respuestas de este cuestionario se obtuvieron de información de registros administrativos
- No sabe

Códigos de Resultado Final		Razón (código 219 ó 243):
Interview	Noninterview	
Marque (x) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si marcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.		
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Fuera de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243	
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> _____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 / /


CENSUS USE ONLY

1. ¿Quién contestó las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- Residente en la muestra
- Individuo con poder o autorización para responder en nombre del residente en la muestra
- Individuo con clasificación de empleado especial juramentado
- Una combinación de fuentes
- No sabe

2. ¿Cómo se completaron las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- Por auto-respuesta
- Por medio de una entrevista en persona – *Especifique la razón* ↘

3. ¿Se usaron registros administrativos para completar cualquiera de las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- No**
- Sí, se usó alguna** información de registros administrativos para completar este cuestionario
- Sí, todas** las respuestas de este cuestionario se obtuvieron de información de registros administrativos
- No sabe

Códigos de Resultado Final		Razón (código 219 ó 243):
Interview	Noninterview	
Marque (x) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si marcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.		
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Fuera de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243	
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> _____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 / /
