

**A. Identificación**

**1. Datos de identificación de la sección**

Provincia

Nº de orden de la sección     -

Municipio

Distrito/sección   -

Bisemana



ETIQUETA DIGITALIZACIÓN

**2. Identificación de la vivienda, hogar y del/de la menor con alguna limitación**

Nº de orden de la vivienda

Nº de hogar dentro de la vivienda

Nombre del/de la menor .....

Número de orden del/ de la menor

Edad

**3. Identificación del/de la informante**

**3.1 Relación del/de la informante con el/la menor**

- |             |                            |                    |                            |
|-------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|
| Padre/Madre | <input type="checkbox"/> 1 | Otros familiares   | <input type="checkbox"/> 5 |
| Tutor/a     | <input type="checkbox"/> 2 | Servicios sociales | <input type="checkbox"/> 6 |
| Hermano/a   | <input type="checkbox"/> 3 | Otra relación      | <input type="checkbox"/> 7 |
| Abuelo/a    | <input type="checkbox"/> 4 |                    |                            |

**3.2 Entrevistador/a: ¿El/la informante es miembro del hogar?**

SÍ  1 → nº de orden   → P. 5

NO  6

**3.3 Nombre del/de la informante** .....

**3.4 Edad**

**4. Teléfono/s de contacto**

Teléfono fijo/móvil

Teléfono fijo/móvil

**5. Hora de inicio de la entrevista**

Hora   Minutos

**Legislación. Secreto Estadístico**

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico** los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989 (LFEP)). Todo el personal tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).



## B. Información relativa a las limitaciones, deficiencias de origen, ayudas recibidas, ayudas solicitadas y no recibidas y enfermedades diagnosticadas

### Entrevistador/a:

Consulte el apartado E del Cuestionario de Hogar y transcriba de la tabla de limitaciones los códigos correspondientes a las limitaciones de .....

A continuación realice la pregunta 1 y muestre la tarjeta TDOM al/a la entrevistado/a, cumplimentando la deficiencia de origen que corresponda. Si una misma limitación tuviera como origen varias deficiencias, anote la deficiencia principal

### 1. ¿Cuál es la deficiencia de origen de cada limitación de ..... ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Limitaciones	<input type="checkbox"/>											
Deficiencia de origen	<input type="checkbox"/>											

### Entrevistador/a, lea al/a la informante: **A continuación, voy a realizarle unas preguntas sobre las ayudas recibidas y otros aspectos de la limitación**

### 2. ¿Recibe ..... supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión  1 → P. 3
- Sí, sólo ayudas técnicas  2
- Sí, ambos tipos de ayuda  3 → P. 4
- No  4 → P. 6

### 3. ¿Considera que ..... necesita alguna ayuda técnica?

- SÍ  1
- NO  6 → P. 5

### 4. ¿Considera que las ayudas técnicas que ..... recibe o utiliza actualmente satisfacen sus necesidades?

- Sí  1
- No, son insuficientes  6

### 5. ¿Qué nivel de dificultad global diría que tiene ..... para realizar las actividades de la vida diaria propias de su edad cuando recibe ayuda técnica o asistencia personal?

- No tiene dificultad  1
- Dificultad moderada  2
- Dificultad severa  3 → P. 8
- No puede realizar las actividades de la vida diaria  4

### 6. ¿Considera que ..... necesita alguna ayuda técnica?

- SÍ  1
- NO  6



7. ¿Qué nivel de dificultad global diría que tiene ..... para realizar las actividades de la vida diaria propias de su edad?

- Dificultad moderada  2  
Dificultad severa  3  
No puede realizar las actividades de la vida diaria  4

8. ¿Qué edad tenía ..... cuando comenzaron las primeras sospechas sobre su desarrollo?

- Años  1  
Meses   2

9. ¿Cuál es el origen de la deficiencia de ..... ?

Entrevistador/a: Si el/la menor tiene más de una deficiencia, pregunte por la deficiencia principal

- Un problema congénito  1  
Un problema en el parto  2  
Una enfermedad  3  
Otras causas  4
- P. 11

10. ¿Qué edad tenía ..... al inicio de la deficiencia?

- Años  1  
Meses   2

11. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. Espina bífida/hidrocefalia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	6. Trastorno mental	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	7. Lesión medular (tetraplejia, paraplejia, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Autismo y otros trastornos asociados al autismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	8. Agenesia/Amputación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	9. Otra malformación congénita	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Daño cerebral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	10. Enfermedades raras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

12. ¿Cuántos/as hijos/as tuvo la madre antes de nacer ..... ? Sume la totalidad de hijos/as que haya tenido la madre del/de la niño/a antes de su nacimiento, tanto los actualmente vivos como los ya fallecidos.

Número de hijos/as

13. ¿Qué edad tenía la madre cuando nació ..... ?

- Menos de 20 años  1      Entre 35 y 39 años  4  
Entre 20 y 29 años  2      40 años o más  5  
Entre 30 y 34 años  3



### C. Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a Organizaciones no Gubernamentales, como consecuencia de alguna limitación

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **A continuación voy a realizarle unas preguntas sobre los posibles cambios de residencia y pertenencia a organizaciones no gubernamentales**

1. ¿Debido a alguna limitación de ..... ha tenido que cambiar alguna vez de vivienda y/o lugar de residencia?

SÍ  1

NO  6 → P. 3

2. ¿Cuál fue la razón principal que motivó el cambio de residencia y/o vivienda?

Ingresar en un establecimiento colectivo por un periodo superior a 6 meses

1

Recibir atención familiar

4

Tener mejor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales

2

Por barreras de acceso al domicilio

5

Razones medio ambientales

3

Por barreras en el interior del domicilio

6

Otras razones

7

3. Debido a alguna limitación ¿pertenece ..... o sus familiares a alguna organización no gubernamental (ONG) dedicada a personas con discapacidad?

SÍ  1

NO  6 → Apartado D

4. ¿A qué organización u organizaciones no gubernamentales pertenece por motivo de su limitación? Entrevistador/a: Anote literales y códigos

1 .....

2 .....

### D. Información relativa a prestaciones sanitarias, sociales y económicas

Entrevistador/a: lea al/a la informante: **Este apartado se refiere exclusivamente a aquellos servicios recibidos debido a alguna/s limitación/es que tiene el/la niño/a sujeto de entrevista y no a aquellos servicios recibidos debido a otros problemas de salud**

1. ¿Considera que ..... necesita recibir algún tratamiento de atención temprana (estimulación, fisioterapia, logopedia, ...)?

Sí, lo necesita y lo recibe  1

Sí, lo necesita y no lo recibe  2

No lo necesita  3

2. Como consecuencia de alguna limitación ¿ha recibido ..... en los últimos 12 meses alguna prestación económica o beneficio fiscal?

SÍ  1

NO  6



## E. Información relativa a los cuidados personales que reciben los/las menores con alguna limitación

**Entrevistador/a:** Consulte la respuesta dada en la pregunta 2 del Apartado B. Si ha señalado la opción 1 (sí, solo asistencia personal o supervisión) o 3 (sí, ambos tipos de ayuda) pase a la nota previa a la pregunta 3

**1. ¿Necesita . . . . . asistencia o cuidados personales debido a su/s limitación/es?**

SÍ  1

NO  6 → Apartado F

**2. ¿Quién considera que debe prestar esa ayuda?**

1. Profesional sociosanitario  1

2. Otra persona (familiar, personal no sociosanitario, ...)  2 → Apartado F

3. Ambos  3

**Entrevistador/a,** lea al/a la informante: **Voy a preguntarle por la/s persona/s que presta/n cuidados personales a . . . . . por motivo de su/s limitación/es**

**3. ¿Alguna persona que reside en el hogar y no está empleada en el hogar, presta cuidados especiales a . . . . . por motivo de su/s limitación/es? Entrevistador/a:** Anote su/s número/s de orden

SÍ  1 → N° de orden

NO  6

**4. ¿Alguna persona que reside en el hogar y está empleada en el hogar, presta cuidados especiales a . . . . . por motivo de su/s limitación/es?**

SÍ  1 → N° de orden 1  → ¿Es profesional socio-sanitario? SÍ  1 NO  6

2  → ¿Es profesional socio-sanitario? SÍ  1 NO  6

NO  6 3  → ¿Es profesional socio-sanitario? SÍ  1 NO  6

**5. ¿Alguna persona que no reside en el hogar, presta cuidados especiales a . . . . . por motivo de su/s limitación/es?**

SÍ  1

NO  6 → P.7

**6. ¿Qué personas no residentes en el hogar prestan cuidados especiales a . . . . . por motivo de su/s limitación/es?**

Su madre  01 Empleados/as no residentes que son profesionales socio sanitarios  08

Su padre  02 Otros/as empleados/as en el hogar  09

Su hermana  03 Amigos/as o vecinos/as  10

Su hermano  04 Servicios sociales de las Administraciones Públicas  11

Su abuela  05 Servicios sociales de organismos no públicos  12

Su abuelo  06 Empresas privadas  13

Otros parientes  07 Otras  14



## E. Información relativa a los cuidados personales que reciben los/las menores con alguna limitación

7. ¿Cuántas horas diarias por término medio recibe cuidados especiales de otras personas por motivo de su/s limitación/es? Excluya los cuidados y servicios recibidos en centros

Nº de horas

8. ¿Considera que los cuidados especiales que recibe ..... por motivo de su/s limitación/es satisfacen sus necesidades?

Sí  1

No, es insuficiente  6

No necesita ayuda de otras personas  8 → P. 10

9. ¿Quién considera que debe prestar esos cuidados especiales?

Profesional sociosanitario  1

Otra persona (familiar, personal no sociosanitario, ...)  2

Ambos  3

10. Si le presta cuidados más de una persona ¿quién es la que se dedica principalmente?

1. Una persona que reside en el hogar y no está empleada en el hogar → anote su nombre y número de orden

.....

2. Una persona que reside en el hogar y está empleada en el hogar → anote su nombre y número de orden

.....

3. Una persona que no reside en el hogar y no está empleada en el hogar → anote su nombre y código de la pregunta 5

.....

4. Una persona que no reside en el hogar y está empleada en el hogar → anote su nombre y código de la pregunta 5 (solo opciones 08 ó 09)

.....

## MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## F. Hora de finalización de la entrevista y fecha de cumplimentación de este cuestionario

1. Hora de finalización de la entrevista Hora   Minutos

2. Fecha de cumplimentación de este cuestionario Día   Mes   Año

**Entrevistador/a:** Consulte la respuesta dada en la pregunta 2 del Apartado B. Recuerde que si se ha señalado la opción 1 ó 3 en dicha pregunta, debe contestar un cuestionario de Cuidador/as principales, referido al cuidador/a principal de este/a menor



---

### **Naturaleza, características y finalidad**

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), es una investigación a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre las características y situación de las personas con discapacidad que residen en hogares privados.

---

### **Obligación de facilitar los datos**

Este cuestionario tiene carácter voluntario

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas nacionales y extranjeras, residentes en España (art. 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (art. 10.2 de la LFEP).

---



