

II° Encuesta Censal Demográfica y I° Encuesta Laboral

En nombre del COP Región Lima, los saludamos y a la vez presentamos nuestra “II Encuesta Censal Demográfica y I Encuesta Laboral”, documento que nos será de mucha utilidad para planificar, respaldar, capacitar y realizar acciones de superación a mediano y largo plazo, en beneficio del odontólogo y de nuestra institución.

I. DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|--|
| 1. Edad: | 2. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Distrito |
| 3. Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> CV | | 6. Dirección del consultorio |
| 4. Fecha Nacimiento: | | |
| Dpto.: | | |
| Prov.: | | 7. Centro laboral (cuando es dependiente): |
| Distrito: | | |
| 5. Dirección domiciliaria: | | |
| | | 8. Años de colegiatura |
| | | |

II. ESTUDIOS SUPERIORES

| | |
|--|--|
| 9. Universidad Pre grado | 12. Doctorado: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> |
| | Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> |
| Año Egreso: | 13. Especialidad |
| Fecha Titulación: | Universidad: |
| 10. Estudios Post grado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 14. Diplomado |
| Universidad | Universidad: |
| | País |
| 11. Maestría: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> | Año |
| Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> | Duración: |

III. DATOS LABORALES

| | |
|---|---|
| 15. Dependiente <input type="checkbox"/> 16. Independiente <input type="checkbox"/> | 17. Institución donde labora |
| Régimen pensionario: ONP <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> | |
| OTROS <input type="checkbox"/> | |
| Caja de Pensión Militar <input type="checkbox"/> | Sector Público: Educación <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> |
| | Administración Pública <input type="checkbox"/> |

Sector Privado: Educación Salud

Administración pública

18. **Tiempo de servicio**

Docente

Administrativo

Asistente

Serums

Otros

19. **Condición:**

Contratado – tipo:

.....

Nombrado: 19990

20530

CAS

728

20. **Total de ingresos: S/.**

(Esta información es estrictamente reservada)

21. **En caso de enfermedad se atiende en:**

EsSalud

Minsa

Fuerza Armada y Policial

Clínica privada

Seguro privado

IV. DATOS FAMILIARES

22. Esposa (o)

23. Edad: 24. Fecha Nac.:

25.

Instrucción

26.

Ocupación

27. N° miembros de familiares en casa

28. N° hijos dependientes:

N° hijos Independientes:

29.

Hijo (a) Edad Grado instrucción Ocupación

Hijo (a) Edad Grado instrucción Ocupación

Hijo (a) Edad Grado instrucción Ocupación

Hijo (a) Edad Grado instrucción Ocupación

Hijo (a) Edad Grado instrucción Ocupación

Padres Edad Tipo de incapacidad

Suegros Edad Tipo de incapacidad

Otra carga familiar Edad Tipo de incapacidad

30. Estado de salud

Esposa diagnóstico

Hijos diagnóstico

Padre diagnóstico

Madre diagnóstico

Suegros diagnóstico

31. Egreso por estudios de hijos:

S/.

Egreso por enfermedad:

S/.

Egreso por capacitación del titular:

S/.

V. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS

32. Vive casa: Propia Alquilada
De padres De familiar

33. Consultorio: Propio Alquilado
Auto propio SI NO

Marca auto:

Año de auto:

34. Posee: computadora en casa SI NO
Laptop SI NO
Internet SI NO
Cable SI NO
TV SI NO

35. Miembro de institución

Cultural Deportiva
Religiosa Social
Política Académica
Filosófica Otros

36. Nombre de institución

.....

Tiempo de pertenencia

37. Países visitados

Por turismo:

Estudios:

Salud:

Congresos:

38. Hobbies que practica:

Deportivos Artísticos

Sociales Otros

39. Premios de distinción:

Investigación Deportiva Otros

Docencia Política

Cultural Social

Indicar nombre del premio recibido:

.....

40. Como miembro de la orden, te sientes:

Satisfecho: siempre casi siempre nunca

Ayudado: siempre casi siempre nunca

Motivado: siempre casi siempre nunca

Bien tratado: siempre casi siempre nunca

Comunicado: siempre casi siempre nunca

Respaldado: siempre casi siempre nunca

Ignorado: SI NO si su respuesta es sí

¿por qué?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

41. Como miembro de la orden, cree usted que el Colegio se preocupa por incrementar

Nivel profesional

Siempre casi siempre indeciso
casi nunca nunca

Nivel información académica

Siempre casi siempre indeciso
casi nunca nunca

Nivel información de gestión

Siempre casi siempre indeciso
casi nunca nunca

Nivel ingreso económico laboral

Siempre casi siempre indeciso
casi nunca nunca

42. Tiene carnet de biblioteca del COP-RL:

SI NO

43. Visita usted la Biblioteca Virtual gratuita a través de la página web del Colegio Odontología de Lima:

Nacional Extranjera
Diario Interdiario Semanal
Quincenal Esporádicamente
Nunca

44. En el año próximo pasado, ¿en qué actividades del Colegio ha participado?

Puede marcar varias alternativas.

Campañas Cursos
Mesas/trabajo Institucionales
Otros Ninguno

45. Te encuentras al día en tus cotizaciones (cuota sociativa) SI NO

46. En caso negativo, no ha cotizado:

Un mes 1 trimestre
2 trimestres 3 trimestres
4 trimestres 1 de 4 trimestres

47. No lo ha efectuado por:

Falta de tiempo
No es prioritario
Dificultades económicas
Otros

48. ¿En qué Colegio Odontológico Regional está inscrito?:

Lima
Otros (indicar)

49. Como odontólogo colegiado en Lima, la labor que realiza es:

Asistencial
Docencia universitaria
Docencia escolar
Serumista
Administrativa
Otras funciones
¿Cuál o cuáles?

50. Regularmente recibo información científica a través de los siguientes medios:

TV Radio Internet
Cable Diarios Otros

51. Según su experiencia, considera que sus colegas con mejor perfil profesional han egresado de la universidad:

Universidad nacional
¿Cuál?
Universidad privada
¿Cuál?
Universidad extranjera
¿Cuál?

52. ¿En qué distrito está ubicado su consultorio:

.....

53. ¿En cuántos lugares o consultorios está trabajando actualmente?

a) 1
b) 2
c) más de 2

54. Indique usted en qué centro labora

(marcar uno o varios):

- a) es un consultorio
- b) es una clínica dental o policlínico odontológico
- c) es un centro médico odontológico o similar
- d) es un hospital o posta de salud
- e) otros (indicar)

55. Las características de su consultorio son:

- a) propio
- b) un familiar o amigo
- c) un dentista que no es familiar o amigo
- d) dentro de una parroquia religiosa o similar
- e) otros (indicar)

56. El propietario, dueño o administrador del lugar donde trabaja como odontólogo es:

(contestar con sinceridad ya que esta encuesta es anónima)

- a) usted mismo
- b) un odontólogo colegiado
- c) un empresario o persona no dentista
- d) un empírico (él trabaja como dentista pero no es titulado)
- e) un estudiante de odontología
- f) ninguna de las anteriores (indicar)

57. Su situación laboral dentro del consultorio donde trabaja como odontólogo es:

- a) contratado o nombrado como odontólogo (recibe sueldo regular)
- b) como practicante o como odontólogo
- c) trabaja pero no figura oficialmente en ningún documento legal
- d) como asistente dental o técnico pero trabaja como odontólogo
- e) otros (indicar)

58. Considera que su trabajo dentro del consultorio, clínica o similar tiene la siguiente consideración afectiva:

- a) es reconocido por el dueño o administrador del establecimiento
- b) es aceptado porque creen que lo están ayudando
- c) para él (ella o ellos) su presencia es solamente la de un trabajador de la empresa

- d) es un trabajador que produce dinero para la empresa o entidad
- e) otros (indicar)

59. En su labor diaria como dentista, su trabajo en las distintas especialidades odontológicas es la siguiente:

- a) realiza cualquier tipo de atención que se necesita en el paciente
- b) sólo se encarga de los tratamientos sencillos como profilaxia, operatoria dental o similares
- c) le permiten realizar tratamientos sencillos pero hay la posibilidad que pueda hacer otros tratamientos más complejos según mi criterio o el de algún dentista experimentado.
- d) está prohibido de hacer algún tratamiento de riesgo o complejidad (cirugía, ortodoncia u otros)
- e) ninguna de las anteriores (indicar)

60. En promedio, ¿cuántos pacientes atiende semanalmente? (contestar con sinceridad)

- a) menos de 5 pacientes
- b) entre 5 y 10 pacientes
- c) entre 10 y 15 pacientes
- d) entre 15 y 20 pacientes
- e) más de 20 pacientes

61. ¿Cómo se realiza el pago del tratamiento por los pacientes?

- a) los pacientes le pagan directamente a usted
- b) pagan en cuenta caja única
- c) el pago lo hacen al dueño o administrador
- d) el pago se realiza mediante un descuento por planilla o tarjetas de crédito
- e) otras formas de pago (indicar)

62. ¿En qué forma recibe el pago de sus honorarios?

- a) lo recibe directamente de los pacientes
- b) recibe un pago semanal, quincenal, mensual o similar por todos los tratamientos realizados
- c) le pagan un porcentaje por pacientes atendidos o tratamientos realizados ¿qué porcentaje?
- d) recibe una compensación económica que depende del dueño
- e) otra modalidad de pago (indicar)

Ficha de Datos Personales

“ESTOS DATOS SON DE USO EXCLUSIVO Y CONFIDENCIAL
PARA LA BASE DE DATOS DEL COP REGION LIMA”

I.- DEL CIRUJANO DENTISTA

1. Nombres y Apellidos
2. DNI:
3. Edad:
4. Sexo: M F
5. Estado Civil S C D V CV
6. Fecha nacimiento Dpto.
Prov. Distrito
7. Dirección domiciliaria: Distrito
8. Fono casa Fono trabajo Celular
9. E-mail:
10. Dirección de consultorio
11. Centro laboral (cuando es dependiente)
12. Años de colegiatura N° de Colegiatura

II.- DATOS FAMILIARES

13. Esposa (o)
14. Edad: 15. Fecha nacimiento
16. Instrucción 17. Ocupación
18. N° miembros de familiares en casa
19. N° hijos dependientes Independientes
20.

| Hijo (a) | Edad | Grado instrucción | Ocupación |
|---------------------|-------|---------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Padres | Edad | Tipo de incapacidad | |
| | | | |
| Suegros | Edad | Tipo de incapacidad | |
| | | | |
| Otra carga familiar | Edad | Tipo de incapacidad | |
| | | | |