

Formulario de Registro

Demografía			
Apellido Paterno:		Nombre:	
Preferred name:		Segundo Nombre o Inicial:	
Otros Nombres Usados:			
Sexo (legal):	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ No binario ☐ X
Identidad de genero:	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ M to F ☐ F to M ☐ Otro: _____
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)		Número Seguro Social:	
Dirección Física:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección Postal: (si es diferente a la de arriba)			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de teléfono celular:		Número de teléfono hogar:	
Número de teléfono trabajo:		Otro: (	
¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales?			
☐ No ☐ Sí, _____			
Estado civil: ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Otro: _____			
¿Cuál es su lenguaje principal? _____		¿Necesita un Intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Etnicidad:		Raza Marque: (todos los encasillados que correspondan)	
☐ Cubano		☐ Nativo de Alaska	
☐ Mexicano, mexicano americano, chicano/a		☐ Indio americano	
☐ Puertorriqueño		☐ Indio asiático	
☐ Otro: hispano, latino/a o de origen español		☐ Africano americano/negro	
☐ Múltiple origen hispano, latino/a o español		☐ Chino	
☐ No-hispano o latino/a		☐ Filipino	
☐ Reúsa responder		☐ Japoneses	
☐ Desconocido		☐ Coreano	
		☐ Nativo de Hawái	
		☐ Otro: asiático	
		☐ Otro: isleño del Pacífico	
		☐ Guameño o chamorro	
		☐ Samoano	
		☐ Vietnamita	
		☐ Blanco	
		☐ Reúsa responder	
		☐ Desconocido	
Contacto De Emergencia			
Nombre:		Relación:	
Teléfono: () -		Teléfono alternativo: () -	
¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente? ☐ Sí ☐ No			
Fiador (Persona que se responsabiliza a pagar)			
Apellido Paterno:		Nombre:	
Apellido de Nacimiento:		Segundo Nombre o Inicial:	
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)			
Dirección Postal:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Relación:			



Name _____
Client # _____ DOB _____

Verificación Financiera Para Descuento

Por Escala Salarial

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____
Apellido Paterno / Nombre / Segundo Nombre, o Inicial Mes/Día/Año

☐ Marque aquí si es la misma persona que el cliente

Fiador: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Paterno Nombre Segundo Nombre Mes/Día/Año

¿Tiene trabajo? ☐ Sí ☐ No

Vivienda: ☐ Propia ☐ Rentada ☐ Otro – por favor explique _____

Registre su ingreso bruto mensual ANTES DE RESTAR los impuestos y para TODOS los miembros de su hogar (Si sus ingresos han cambiado para su próxima cita, usted es responsable de informarlo al personal de registro)

Origen del Ingreso	Cantidad
Salario del Cliente	
Salario del Esposo o la Esposa	
Sueldo / salario de su Pareja	
Sueldo / salario de su Padre, Madre o Guardián	
General Assistance (ayuda general) o AFS / AFDS (ayuda económica para ciertas familias) / Asistencia en efectivo / Cupones de alimentos	
Workers' Compensation (compensación al trabajador / Unemployment Insurance (seguro por desempleo)	
Housing Assistance (ayuda para su vivienda) - Cantidad que la agencia federal HUD paga	
Becas Para Educación / Préstamos Estudiantiles	
Ingreso por Discapacidad / Seguro Social Suplementario / SSI (Social Security)	
Pensión / Veterano / Jubilación	
Pensión Alimenticia tras Divorcio u Obligación para Menores	
Dividendos / Beneficios por Inversiones	
Otros Orígenes de Ingresos - Explique	
Total de Ingresos Mensuales	
Total de Ingresos Anuales (x 12 meses)	\$

¿A cuántas personas (de cada categoría de edad) sostienen estos ingresos y viven en el hogar?

Entre 0 y 5 años _____ Entre 6 y 17 años _____ Entre 18 y 64 años _____ 65 años y mayores _____

Yo acepto las condiciones detalladas arriba y concuerdo que la información que proporciono es verídica y correcta según mi mejor entendimiento

Firma

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY DISCOUNT % _____ INITIALS: _____ TERM _____
Start Finish

El Centros Comunitarios de Salud de los Condados Benton y Linn tiene la habilidad de ayudar a sufragar el costo de las visitas de los pacientes por medio de becas y apoyo gubernamental. Como resultado de esto, nos requieren que recojamos información financiera y sobre vivienda acerca de cada uno de nuestros pacientes. Nosotros entendemos que esta información es muy personal y continuaremos protegiendo su confidencialidad tanto con esta información como con su información personal de salud.

Información Sobre Empleo

¿Ha trabajado usted o cualquier persona dentro de su grupo familiar en cualquiera de las industrias que se mencionan a continuación? Por favor marque todas las que apliquen:

☐ Huertos

☐ Empacadoras (frutas, vegetales, cajas de regalo)

☐ Reforestación / sembrando árboles

☐ Viñedos

☐ Crops Cosechando / cultivando (frutas, vegetales, flores, árboles, hongos, etc.)

Si usted marcó alguno de los encasillados arriba mencionados, ¿Requirió su trabajo, en cualquier momento, que su familia se mudara? ☐ Sí ☐ No

¿ Ha sido miembro de las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No

Patrón/empleador (opcional):

Información Sobre Vivienda

¿Están usted y su familia viviendo con otras personas? ☐ Sí ☐ No

En los pasados 24 meses, ¿Se han visto usted y su familia forzados a mudarse a alguna situación temporal debido a los costos de vivienda? ☐ Sí ☐ No

En los pasados 24 meses, ¿Ha vivido usted o algún miembro de su familia en cualquiera de los siguientes?: ☐ refugio ☐ vivienda transitoria ☐ campamento o en la calle

Información Seguro Médico

¿Tiene Seguro Médico de Salud? ☐ Yes ☐ No

☐ Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal:

Dirección Postal del Seguro:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Nombre de la Persona
Principal en el Seguro:

Relación Con el Cliente:

Dirección Postal:

Teléfono:

Número de Identificación
del Seguro:

Número de Grupo:

¿Tiene usted algún seguro medico adicional? ☐ Sí ☐ No

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. Por favor comuníquese con _____ a _____
Fecha de hoy: _____ Número de expediente médico (si corresponde): _____
Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispano(a) y Latino(a/x)

- ☐ Centroamericano(a)
- ☐ Mexicano(a)
- ☐ Sudamericano(a)
- ☐ Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- ☐ Chamoru (chamorro(a))
- ☐ Marshalés(a)
- ☐ Comunidades de la región de Micronesia
- ☐ Nativo(a) de Hawái
- ☐ Samoano(a)
- ☐ Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanca

- ☐ De Europa del Este
- ☐ Eslavo(a)
- ☐ De Europa Occidental
- ☐ Otro grupo étnico blanco

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- ☐ Indígena estadounidense
- ☐ Nativo(a) de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- ☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro(a) y afroestadounidense

- ☐ Afroestadounidense
- ☐ Afrocaribeño(a)
- ☐ Etíope
- ☐ Somalí
- ☐ Africano(a) de otro origen (negro)
- ☐ Otro grupo étnico negro

De Oriente Medio/del Norte de África

- ☐ De Oriente Medio
- ☐ Del Norte de África

Asiática

- ☐ Indígena asiático(a)
- ☐ Camboyano(a)
- ☐ Chino(a)
- ☐ Comunidades de Myanmar
- ☐ Filipino(a)
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés(a)
- ☐ Coreano(a)
- ☐ Laosiano(a)
- ☐ Del sur de Asia
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otros asiáticos

Otras categorías

- ☐ Otra (indique) _____
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- ☐ Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica.
- ☐ No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- ☐ No. Me identifico como birracial o multirracial.
- ☐ N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

(To be filled in by agency or clinic staff)

Agency or clinic: _____ Agency staff or provider name or ID: _____

Phone: _____ Address: _____

Idioma (Hay intérpretes disponibles sin costo)4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar?** _____**Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés**4b. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted en **persona, por teléfono o virtualmente?** _____4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos?** _____5a. ¿Necesita o desea un **intérprete** para que podamos comunicarnos con usted?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?

- ☐ Intérprete de lenguaje hablado ☐ Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
☐ Intérprete de lengua de señas ☐ Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE, por sus siglas en inglés) estadounidense
☐ Otros (*por favor, mencione*):

Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No bien ☐ Nada ☐ No sé ☐ No deseo responder

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales. (**Por favor, escriba “no sé” si no sabe cuándo contrajo esta condición, o “no deseo responder” si no quiere responder la pregunta*)

Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
----	--	----	-------	--------------------	---

7. ¿Es usted **sordo/a** o tiene **dificultades serias para oír?**8. ¿Es usted **ciego/a** o tiene **dificultades serias para ver**, aunque lleve puestos lentes?**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años**9. ¿Tiene dificultades **serias para caminar o subir escaleras?**10. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para **concentrarse, recordar o tomar decisiones?**11. ¿Tiene **dificultades para vestirse o bañarse?**12. ¿Tiene dificultades **serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?**13. Cuando usa su idioma **habitual (de costumbre)**, ¿tiene **serias dificultades para comunicarse** (*por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás*)?**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años**14. Debido a una afección **física, mental o emocional**, ¿tiene usted **dificultades para hacer mandados solo(a)**, como visitar un consultorio médico o ir de compras?15. ¿Tiene **serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?**

Orientación Sexual e Identidad de Género (SOGI)

Sexualidad

- Orientación sexual:
- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ Heterosexual | ☐ Omnisexual |
| ☐ Bisexual | ☐ Asexual |
| ☐ Gay | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Lesbiana | ☐ No lo sé |
| ☐ Pansexual | ☐ Se niega a contestar |
| ☐ Queer | |

Identidad de Género

- Identidad de género:
- | | |
|---|---|
| ☐ Mujer | ☐ Género queer |
| ☐ Masculino | ☐ Cuestionándose |
| ☐ Mujer transgénero | ☐ Ambos géneros |
| ☐ Hombre transgénero | ☐ Otro: _____ |
| ☐ No binario | ☐ Se niega a contestar |
- Sexo asignado en el momento del nacimiento:
- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Mujer | ☐ No sabe |
| ☐ Masculino | ☐ No registrado en el certificado de nacimiento |
| ☐ No sabe | ☐ Se niega a contestar |
| ☐ Intersexual | |

Pronombres

- Pronombres:
- | | |
|--|---|
| ☐ Ella/ella/su | ☐ Ve/vir/vis |
| ☐ Él/él/su | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Ellos/ellos/suyos | ☐ Nombre del paciente |
| ☐ Ze/hir/hirs | ☐ No sabe |
| ☐ Ey/em/eirs | ☐ Se niega a contestar |
| ☐ Xe/xem/xyrs | |



Antecedentes médicos y sociales del adulto

Información del Paciente		
Nombre legal:	Fecha de hoy:	
Nombre de preferencia:	Fecha de nacimiento:	
Sexo al nacer: ☐ Mujer ☐ Masculino ☐ Intersexual ☐ No sabe ☐ No registrado ☐ Se niega a contestar		
Ocupación:	Empleador:	
Estado civil: ☐ Divorciado ☐ Pareja de hecho ☐ Separado legalmente	☐ Casado ☐ No sabe ☐ En pareja ☐ Viudo ☐ Soltero ☐ Otras: _____	
Cantidad de hijos:	Años de educación:	

Cirugías	Fecha

Hospitalizaciones	Fecha

Medicamentos (por favor liste cualquier medicamento recetado, de venta libre, vitaminas y hierbas)		
Medicamentos	Dosis	Frecuencia

Situación familiar		
Relación	Vivo	Fallecido
Madre	☐	☐
Padre	☐	☐
Hermana	☐	☐
Hermano	☐	☐
Hija	☐	☐
Hijo	☐	☐
Otro: (describa)	☐	☐

Antecedentes familiares; marque todas las opciones que correspondan									
	Yo	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno
Abuso de alcohol / drogas									
Alergias									
Alzheimer									
Anemia									
Enfermedad autoinmune									
Cáncer Tipo: _____									
Depresión									
Diabetes									
Ataque cardíaco									
Colesterol alto									
Hipertensión									
Enfermedad renal									
Enfermedad del hígado									
Enfermedad pulmonar									
Accidente cerebrovascular									
Muerte súbita									
Enfermedad de la tiroides									
Problemas de visión									
Otra: (describa)									

Enumerar alergias y reacciones	
	☐ Ninguna

Consumo de sustancias			
Fuma:	☐ Nunca ☐ Antes ☐ Todos los días ☐ Algunos días ☐ No sabe Tipo: ☐ Cigarrillo ☐ Pipa ☐ Cigarros Consumo/Semana: _____		
Sin humo:	☐ Nunca ☐ Antes ☐ Actualmente ☐ No sabe		
Cigarrillos electrónicos /vapeo:	☐ Consumidor actual todos los días ☐ Consumidor actual algunos día ☐ Anteriormente consumidor ☐ Nunca Tipo: ☐ Nicotina ☐ THC ☐ Saborizante ☐ CBD ☐ Otro (describa): _____ Dispositivos: ☐ Desechable ☐ Cartucho precargado o recargable ☐ Cápsula precargada ☐ Depósito recargable ☐ Otro (describa): _____		
Alcohol:	☐ Sí ☐ No actualmente ☐ Nunca Tipo: ☐ Botellas de cerveza ☐ Vasos de vino ☐ Chupitos/Licores fuertes Consumo/Semana: _____		
Drogas:	☐ Sí ☐ No actualmente ☐ Nunca Tipo: ☐ Anfetaminas ☐ Barbitúricos ☐ Benzodiazepinas ☐ Cocaína ☐ Crack ☐ Éxtasis ☐ Fentanilo ☐ Hachís ☐ Heroína ☐ IV ☐ Ketamina ☐ LSD ☐ Marihuana ☐ Mescalina ☐ Metanfetamina ☐ Óxido nitroso ☐ Opioides ☐ PCP ☐ Psilocibina ☐ Solventes inhalantes ☐ Estimulantes ☐ Vapeo ☐ Otro (describa): _____		

Orientación Sexual e Identidad de Género (SOGI)			
Orientación sexual:	☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Pansexual ☐ Queer ☐ Omnisexual ☐ Asexual ☐ Algo más ☐ No lo sé ☐ Se niega a contestar		
Identidad de género:	☐ Mujer ☐ Masculino ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero ☐ No binario ☐ Género queer ☐ Cuestionándose ☐ Ambos géneros ☐ Se niega a contestar ☐ Otra: _____		
Pronombres:	☐ Ella/ella/su ☐ Él/él/su ☐ Ellos/ellos/suyos ☐ Ze/hir/hirs ☐ Ey/em/eirs ☐ Xe/xem/xyrs ☐ Ve/vir/vis ☐ Nombre del paciente ☐ No sabe ☐ Se niega a contestar ☐ Otra: _____		

Actividad sexual			
Actividad sexual:	☐ Sí ☐ Actualmente no ☐ No		
Parejas:	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Mujer Transgénero ☐ Hombre Transgénero ☐ Prefiero no responder ☐ No binario ☐ Cuestionando ☐ Otro: _____		

Actividad sexual, continuación
Riesgo de ETS: ¿Usa preservativos como protección contra las enfermedades de transmisión sexual? ☐ Sí ☐ No Cantidad de parejas sexuales en los últimos 3 meses _____ Cantidad de parejas sexuales en los últimos 12 meses _____ ¿Tiene algún factor de riesgo del VIH (pareja VIH+ de ETS, uso de agujas, transfusión de sangre, pareja bisexual, etc.)? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene algún antecedente de enfermedades de transmisión sexual? ☐ VIH ☐ Sífilis ☐ Clamidia ☐ Gonorrhea ☐ Hepatitis B ☐ Herpes ☐ VPH ☐ Otro: _____ ¿Alguna vez fue víctima de abuso físico o sexual? ☐ Sí ☐ No

Antecedentes sexuales			
Sus parejas sexuales son: ☐ Una persona con pene ☐ Una persona con vagina			
¿Qué partes del cuerpo usa cuando tiene relaciones sexuales? ☐ Pene ☐ Vagina ☐ Ano ☐ Boca			
¿Hubo algún cambio en su deseo sexual? ☐ Sí ☐ No			
Si la respuesta es sí, describa el cambio:			
Anticonceptivos / Protección	Método actual	Método anterior	¿Alguna vez se sometió a una prueba de VIH? ☐ Sí ☐ No
Abstinencia	☐	☐	¿Quiere realizarse una prueba de VIH? ☐ Sí ☐ No
Capuchón cervical	☐	☐	¿Siente dolor durante las relaciones sexuales? ☐ Sí ☐ No
Condón	☐	☐	¿Hay algo más que desee que su proveedor médico sepa sobre usted?
Diafragma	☐	☐	
Método de conocimiento de la fertilidad	☐	☐	¿Hay algo más que desee que su proveedor médico sepa sobre usted?
Parche hormonal	☐	☐	
Implante	☐	☐	¿Tuvo algún problema con alguno de los métodos anticonceptivos? ☐ Sí ☐ No
Inyección	☐	☐	
Insertos	☐	☐	Si la respuesta es sí, explique:
DIU	☐	☐	
SIU	☐	☐	¿Ahora está usando anticonceptivos? ☐ Sí ☐ No
Menopausia	☐	☐	
Píldora	☐	☐	
Método del ritmo	☐	☐	
Espermicida	☐	☐	
Esponja anticonceptiva	☐	☐	
Quirúrgico	☐	☐	
Anillo vaginal	☐	☐	
Vastectomía	☐	☐	
Método del retiro	☐	☐	
Otra cirugía reproductiva:			

Antecedentes de menstruación/embarazo			
¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener períodos?			
☐ Nunca estuvo embarazada	☐ Actualmente está embarazada	☐ Planea quedar embarazada el año próximo	
Fecha en que terminó el último embarazo:		Cantidad de embarazos:	
Cantidad de nacidos vivos:		Cantidad de embarazos ectópicos:	
Cantidad de abortos por elección/terapéuticos:	Cantidad de abortos espontáneos:	Cantidad de hijos vivos:	
Trastorno disfórico premenstrual: ☐ Sí ☐ No		¿Cuándo comenzó su última menstruación?	
¿Tiene calambres? ☐ Sí ☐ No	Hemorragia: ☐ Leve ☐ Media ☐ Intensa	Manchado: ☐ Sí ☐ No	
¿Cuándo fue su último examen de Papanicolaou?			
¿Alguna vez tuvo un examen de Papanicolaou anormal? ☐ Sí ☐ No			
Si su examen de Papanicolaou fue anormal, ¿cómo se trató?			
Si nació entre 1940 y 1970, ¿su madre usó dietilestilbestrol (DES) cuando estaba embarazada de usted? ☐ Sí ☐ No ☐ Sabe			

Registro de Vacunas y Pruebas/Exámenes						
Vacunas	Fecha	Lugar		Pruebas / Exámenes	Fecha	Lugar
Vacuna contra la gripe				Examen de ojos		
Tétanos				Análisis de sangre en heces		
Neumonía				Colonoscopia		
MMR				Prueba de VIH		
VPB				Prueba de clamidia/gonorrea		
Hepatitis A/B				Densidad ósea		
Prueba de tuberculosis				Mamografía		
Rubéola				Prueba de colesterol		
Paperas						
Tdap						
Sarampión						

Preocupaciones personales					
¿Ha prestado servicio en el ejército?	☐ Sí	☐ No	¿Tiene alguna preocupación sobre su peso?	☐ Sí	☐ No
¿Ha recibido una transfusión de sangre?	☐ Sí	☐ No	¿Sigue una dieta especial?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene algún problema relacionado con la cafeína?	☐ Sí	☐ No	¿Tiene algún problema de espalda?	☐ Sí	☐ No
¿En su trabajo está expuesto a algún peligro?	☐ Sí	☐ No	¿Hace ejercicio?	☐ Sí	☐ No
¿En sus pasatiempos está expuesto a algún peligro?	☐ Sí	☐ No	¿Usa casco para andar en bicicleta?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene problemas de sueño?	☐ Sí	☐ No	¿Usa cinturón de seguridad?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene problemas de estrés?	☐ Sí	☐ No	Comentarios:		