

Encuesta

Sobre Atención en Salud



Como usted ya sabe, durante los últimos cinco años, HP ha estado participando junto con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) en un estudio nacional, conocido como TRIAD.

Recientemente, el CDC financió un nuevo estudio TRIAD por un período de cinco años, estudio que continúa teniendo los mismos objetivos y expande el proyecto a fin de examinar los cambios ocurridos en la calidad de la atención brindada durante los últimos cinco años. Además, nos da la posibilidad de identificar aquellas intervenciones que puedan ayudar a las personas con alto riesgo de contraer la diabetes a tomar las medidas apropiadas para evitar la enfermedad.

Deseamos solicitar su continua participación. Nos interesa saber el estado reciente de su salud. No hay respuestas correctas ni equivocadas. Lo que nos interesa son **sus experiencias**, de manera que le suplicamos contestar honestamente cada una de las preguntas. **Todas las respuestas que nos dé serán mantenidas como confidenciales.** Esto significa que cualquier cosa que usted nos diga no se le deberá revelar a nadie, aun cuando algún tribunal de justicia nos ordenare hacerlo, a menos que usted estuviere de acuerdo. Al terminar de contestar la encuesta, por favor devuélvala dentro del sobre con estampillas que le hemos proporcionado al domicilio que viene escrito en él.

Instrucciones

Por favor lea detenidamente cada una de las preguntas y colocar una “X” dentro de la casilla que refleje su experiencia de manera más acertada. Dependiendo de sus respuestas, puede ser que se le pida proporcionar una explicación más amplia o saltarse algunas de las preguntas de la presente encuesta.

Ejemplo:

¿Qué tan importantes son mis respuestas en este estudio?

- Extremadamente importantes
- Revisten cierta importancia
- Importantes

1. Desde el 1 de marzo de 2002, ¿ha sufrido algún ataque al corazón o infarto de miocardio (“IM”)?

- No → **PASE A la pregunta 2**
- Sí

1A. Si la respuesta es “sí,” ¿fue ingresado(a) en un hospital debido a este problema del corazón?

- No → **PASE A la pregunta 2**
- Sí

Si la respuesta es “sí,” por favor anote a continuación el nombre del hospital, la ciudad, el estado y la fecha de ingreso (incluyendo el año) por cada una de las veces en que fue hospitalizado(a). Si fue ingresado(a) más de tres veces, por favor escriba la información en una hoja adicional de papel y entregarla junto con la encuesta:

1^{er} Ingreso: Nombre del Hospital _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Ingreso MM - DD - AAAA

2^o Ingreso: Nombre del Hospital _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Ingreso MM - DD - AAAA

3^{er} Ingreso: Nombre del Hospital _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Ingreso MM - DD - AAAA

2. Desde el 1 de marzo de 2002, ¿ha sufrido algún derrame o “mini derrame”? También conocido como ataque de apoplejía, accidente cerebrovascular (“ACV”), coágulos en el cerebro, o ataque isquémico transitorio (“AIT”).

- No → **PASE A la pregunta 3**
 Sí

2A. Si la respuesta es “sí”, ¿fue ingresado(a) en un hospital debido a este problema?

- No → **PASE A la pregunta 3**
 Sí

Si la respuesta es “sí,” por favor anote a continuación el nombre del hospital, la ciudad, el estado y la fecha de ingreso (incluyendo el año) por cada una de las veces en que fue hospitalizado(a). Si fue ingresado(a) más de tres veces, por favor escriba la información en una hoja adicional de papel y entregarla junto con la encuesta:

1^{er} Ingreso: Nombre del Hospital _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Ingreso MM - DD - AAAA

2^o Ingreso: Nombre del Hospital _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Ingreso MM - DD - AAAA

3^{er} Ingreso: Nombre del Hospital _____

Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Ingreso MM - DD - AAAA

3. Desde el 1 de marzo de 2002, ¿ha sido sometido a alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos?

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> | <u>Inseguro</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Angioplastia con balón, o dilatación (<i>stents</i>), o bypass para desobstruir las arterias al corazón ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Amputación de un dedo del pie, de un pie o de una pierna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Angioplastia con balón, o dilatación (<i>stents</i>), o bypass para desobstruir las arterias al cerebro ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Desde el 1 de marzo de 2002, ¿se le ha presentado un cuadro de insuficiencia renal en el que haya requerido de diálisis o trasplante de riñón?

- No → **PASE A la pregunta 7**
 Sí

5. ¿Cuáles tratamientos ha requerido?

a. Diálisis

- No
 Sí **Fecha aproximada de la primera diálisis:** - -
MM DD AAAA

b. Trasplante de Riñón

- No
 Sí **Por favor anote la fecha del trasplante:** - -
MM DD AAAA

6. ¿Algún médico le ha dicho que la causa de la insuficiencia renal fue la diabetes?

- No
 Sí

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON SUS ACTIVIDADES FÍSICAS.

7. ¿Cuánto pesa sin ropa? _____ (en libras)

- NO SÉ
 ME REHÚSO A CONTESTAR

***National Center for Health Statistics. Health, United States, 2000. Hyattsville, Maryland: Public Health Service, 2000.**

8. ¿Cuál de las siguientes cuatro categorías de actividades mejor describe su actividad física actual fuera de las actividades diarias normales o de trabajo? **NOTA:** Al contestar, por favor tome en cuenta el transporte hacia y desde el lugar de trabajo, la escuela o el lugar donde hace sus compras, actividades deportivas, y otros tipos de esfuerzos físicos que realice durante su tiempo libre.

- Ningún tipo de actividad física semanalmente
 Únicamente actividad física leve durante la mayoría de las semanas
 Actividad física intensa durante por lo menos 20 minutos una o dos veces por semana
 Actividad física intensa durante por lo menos 20 minutos tres o más veces por semana
 NO SÉ

ME REHÚSO A CONTESTAR

9. ¿Aproximadamente cuántos minutos al día dedica a caminar?

- 0 – 9 minutos
- 10 – 19 minutos
- 20 – 29 minutos
- 30 – 39 minutos
- 40 minutos o más
- Pregunta irrelevante – no puedo caminar
- NO SÉ
- ME REHÚSO A CONTESTAR

10. ¿Diría usted que por lo general su salud es...?:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Moderada
- Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE ENFOCAN SOBRE CÓMO USTED DESCRIBIRÍA SU SALUD HOY EN DÍA. POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU SALUD HOY EN DÍA.

11. Pensando en su movilidad, ¿diría usted que hoy en día?:

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar, o
- Estoy confinado(a) a una cama

12. Sobre su cuidado personal, ¿diría usted que hoy en día?:

- No tengo problemas con mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme, o
- No puedo lavarme ni vestirme

13. Sobre sus actividades habituales (tales como las actividades de trabajo, estudio, labores del hogar, familia o descanso), ¿diría usted que hoy en día?:

- No tengo problemas para realizar mis actividades habituales
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales, o
- No puedo realizar mis actividades habituales

14. Sobre el dolor o las molestias, ¿diría usted que hoy en día?:

- ₁ No tengo dolor o molestia alguna
- ₂ Tengo molestias o dolor moderado, o
- ₃ Tengo molestias o dolor extremo

15. Sobre la ansiedad o depresión, ¿diría usted que hoy en día?:

- ₁ No me siento ansioso(a) ni deprimido(a)
- ₂ Me siento moderadamente ansioso(a) o deprimido(a)
- ₃ Me siento extremadamente ansioso(a) o deprimido(a)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIFERENTES TIPOS DE ACTIVIDADES Y CUALQUIER PROBLEMA QUE USTED PUDIERE EXPERIMENTAR AL REALIZARLAS. POR FAVOR MARQUE LA CASILLA APROPIADA PARA SU RESPUESTA INDICANDO: SI NO NECESITA AYUDA, SI NECESITA UN POCO DE AYUDA, O SI NO PUEDE REALIZAR LA ACTIVIDAD EN ABSOLUTO.

16. Usar el teléfono

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

17. Ir a lugares demasiado lejos como para llegar caminando

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

18. Ir al supermercado

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

19. Preparar la comida

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

20. Realizar las labores del hogar o tareas diversas

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

21. Lavar la ropa

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

22. Tomar los medicamentos

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

23. Manejar el dinero

- ₁ No necesito ayuda
- ₂ Necesito un poco de ayuda
- ₃ No puedo hacerlo en absoluto

LA SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN VINCULADAS A LA DEPRESIÓN. LE PREGUNTAREMOS SOBRE SUS EMOCIONES Y SUS ACTIVIDADES DIARIAS.

24. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la depresión, ya fueran medicamentos o orientación psicológica?

- ₀ No
- ₁ Sí

POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE INDIQUE LA FRECUENCIA CON LA QUE HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

25. ¿Diría usted que ha sentido poco interés o poco gusto por hacer las cosas?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

26. ¿Diría usted que se ha sentido desanimado, deprimido, o desesperanzado?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

27. ¿Ha tenido problemas para quedarse o permanecer dormido?, o ¿por dormir demasiado?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

28. ¿Se ha sentido cansado o con poca energía?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

29. ¿Ha sentido poco apetito o ha comido en exceso?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

30. ¿Se ha sentido mal consigo mismo(a) - o que es un fracaso o que se ha fallado a sí mismo o a su familia?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

31. ¿Ha tenido problemas para concentrarse en actividades tales como leer el periódico o ver la televisión?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

32. ¿La manera en que se mueve o habla es tan lenta que es posible que otras personas lo hayan notado? O por el contrario - ¿se ha sentido tan inquieto(a) o impaciente que se ha estado moviendo de un lugar para otro con mayor frecuencia que lo que normalmente acostumbra?

- ₁ En absoluto
- ₂ Algunos días
- ₃ Durante más de la mitad de los días
- ₄ Casi todos los días

AHORA NOS GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DOLOR QUE PUEDA HABER EXPERIMENTADO DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Question(s) #33 to 35 was obtained from the SF-12®HealthSurvey – <http://www.sf-36.org/copyright.shtml>. Permissions obtained at: Quality Metric, 640 George Washington Highway, Suite 201, Lincoln, RI 02865, Telephone: 401-334-8800 or email at license@qualitymetric.com

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN EN SALUD Y SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN EN SALUD.

36. ¿Cuál es el nombre de su proveedor actual al cual acude para recibir la mayor parte de la atención relacionada con su diabetes?

(Primer Nombre)

(Apellido)

37. En los últimos dos años, ¿cambió de proveedor al cual acude para recibir la mayor parte de la atención relacionada con su diabetes?

No → **PASE A la pregunta 39**

Sí

38. Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la razón por la que cambió de proveedor de atención en salud?

Cambio en el seguro

Cambio en el copago

No estaba satisfecho(a) con la atención brindada por mi proveedor anterior

El proveedor anterior ya no daba citas

Me jubilé

Otra razón (por favor explique) _____

39. ¿HP sigue siendo su plan de seguro médico?

No

Sí → **PASE A la pregunta 43**

40. ¿Hace cuánto que usted dejó HP?

En los últimos 12 meses

Hace más de 12 meses

41. ¿Bajo cuál plan de seguro se encuentra actualmente cubierto? _____

42. Nos gustaría preguntarle sobre algunas razones por las que pudo haber dejado su plan de seguro, HP. ¿Dejó HP por una o más de las siguientes razones? **[MARQUE TODAS LAS QUE SEAN PERTINENTES]**

HP se fue de su área

Me mudé fuera del área donde HP estaba disponible

Mi empleador dejó de brindar HP

Cambié de trabajo

Quería continuar con mi médico y HP ya no incluía a mi médico

Me jubilé

HP incrementó el copago para los medicamentos con receta médica

HP me exigía que obtuviera medicamentos genéricos cuando lo que yo quería eran medicamentos de marca

El monto máximo en dólares que HP me permitía al año para mis medicamentos no era suficiente

Otra razón (por favor explique) _____

43. Algunas personas tienen más de un tipo de seguro médico. ¿Usted cuenta con alguno de los siguientes tipos de seguro médico? Marque todos los que sean pertinentes.

- _a No, no cuento con ningún otro tipo de seguro médico
- _b Otro seguro médico privado
- _c Medicare normal
- _d Medicare suplementario
- _e Medicaid
- _f Administración para Veteranos
- _g Otro (por favor especifique) _____
- _h No estoy seguro(a)

44. ¿En algún momento durante los últimos 12 meses se encontró usted sin seguro médico?

- ₀ No
- ₁ Sí

AHORA NOS GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS.

45. ¿Cuenta con seguro para medicamentos con receta médica?

- ₀ No
- ₁ Sí

46. ¿Cuántos medicamentos diferentes con receta médica está tomando actualmente?
_____ (escriba el número)

Si está tomando el mismo medicamento varias veces al día, por favor cuéntelo como un solo medicamento.

- ₇ No estoy tomando ningún medicamento con receta médica → **PASE A la pregunta 57**

47. Durante los últimos 3 meses, pagué, en promedio, cerca de \$ _____ al mes por concepto de mis medicamentos con receta médica. (anote el monto en \$)

48. ¿Con qué frecuencia usted y su médico hablan sobre el costo de un medicamento cuando él o ella le extiende una receta médica?

- ₁ Nunca
- ₂ A veces
- ₃ Generalmente
- ₄ Siempre

49. Durante los últimos 12 meses, ¿TOMÓ MENOS medicamentos de los que quería tomar o de los que le recetaron debido al COSTO? (Por ejemplo, **se saltó dosis, no fue a la farmacia a que le surtieran la receta médica, o no comenzó a tomarse los medicamentos**)

- No → **PASE A la pregunta 52**
 Sí

50. ¿Habló con su médico sobre el hecho de que tomó menos medicamento(s) debido al costo?

- No
 Sí

51. ¿Qué tipo de medicamento(s) disminuyó debido a su costo?
MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE SEAN PERTINENTES

- a Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre)
 b Tensión arterial alta (hipertensión)
 c Triglicéridos o colesterol alto
 d Enfermedad del corazón (dolores de pecho, ataque del corazón, paro cardíaco, arritmia)
 e Asma o enfisema o EPOC (*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*)
 f Derrame cerebral o prevención de derrame cerebral
 g Dolor o artritis
 h Ardor de estómago o acidez estomacal (úlceras pépticas o reflujo)
 i Depresión o ansiedad
 j Osteoporosis (huesos débiles o frágiles)
 k Alergias
 l Otro _____

52. Al escoger mis medicamentos, quiero que mi médico tome en cuenta el costo que éstos me representan.

- No
 Sí

53. Quiero que mi médico me hable sobre medicamentos que me cuesten menos pero que me puedan servir aun cuando:

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Se tengan que tomar con mayor frecuencia que los medicamentos más caros | ₀ <input type="checkbox"/> | ₁ <input type="checkbox"/> |
| b. Haya una posibilidad ligeramente más alta de que produzcan efectos secundarios. | ₀ <input type="checkbox"/> | ₁ <input type="checkbox"/> |
| c. No funcionen tan bien. | ₀ <input type="checkbox"/> | ₁ <input type="checkbox"/> |

54. ¿Durante cuántos de los últimos 7 DÍAS tomó el medicamento recomendado para la diabetes?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

₇₇ No tomo medicamentos recetados para la diabetes

₈₈ NO SÉ

₉₉ ME REHÚSO A CONTESTAR

55. ¿Durante cuántos de los últimos 7 DÍAS tomó el medicamento recomendado para la tensión arterial? (continúa en la siguiente página).

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

₇₇ No tomo medicamentos recetados para la tensión arterial

₈₈ NO SÉ

₉₉ ME REHÚSO A CONTESTAR

56. ¿Durante cuántos de los últimos 7 DÍAS tomó el medicamento recomendado para el colesterol?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

⁷⁷ No tomo medicamentos recetados para el colesterol

⁸⁸ NO SÉ

⁹⁹ ME REHÚSO A CONTESTAR

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON SU GRUPO FAMILIAR. POR FAVOR RECUERDE QUE TODAS SUS RESPUESTAS SON COMPLETAMENTE CONFIDENCIALES.

57. Incluyéndose a usted mismo(a), ¿cuántas personas viven en su casa? _____

58. ¿Cuántos cuartos tiene su casa, apartamento, o casa móvil? NO cuente los cuartos de baño, porches, balcones, vestíbulos, corredores, o medios cuartos.

Número de cuartos _____

⁸⁸ NO SÉ

⁹⁹ ME REHÚSO A CONTESTAR

59. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de empleo actual?
[ESCOJA LA RESPUESTA MÁS APROPIADA]

¹ Trabajo por cuenta propia

² Empleado(a) por otros con salario o sueldo

³ Jubilado(a)

⁴ Ama de casa

⁵ Estudiante

⁶ No estoy empleado(a) debido a mi mala salud

⁷ No estoy empleado(a) debido a otras razones

⁸ NO SÉ

⁹ ME REHÚSO A CONTESTAR

60. ¿Cuál es su estado civil o doméstico actual?

- ¹ Casado(a)
- ² Vivo con una pareja, pero no estamos casados
- ³ Divorciado(a) o separado(a) → **PASE A la pregunta 62**
- ⁴ Viudo(a) → **PASE A la pregunta 62**
- ⁵ Soltero(a) / Nunca me he casado → **PASE A la pregunta 62**
- ⁹ ME REHÚSO A CONTESTAR

61. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de empleo actual de su cónyuge o pareja?

- ¹ Trabaja por cuenta propia
- ² Empleado(a) por otros con salario o sueldo
- ³ Jubilado(a)
- ⁴ Ama de casa
- ⁵ Estudiante
- ⁶ No está empleado(a) debido a su mala salud
- ⁷ No está empleado(a) debido a otras razones
- ⁸ NO SÉ
- ⁹ ME REHÚSO A CONTESTAR

62. Por favor indique cuál de las siguientes clasificaciones de ingresos describe mejor el ingreso total que su grupo familiar percibió el año pasado, antes de impuestos. El ingreso anual del grupo familiar incluye todos los salarios y otras ganancias antes de impuestos, ingresos percibidos por alquiler e intereses, ingreso por jubilación, programa de asistencia gubernamental (subsidio por incapacidad laboral, asistencia social, etc.), pensiones, manutención de menores, pensión alimenticia, etc. (*Nota: Hay más clasificaciones en la siguiente página*)

- 62A. Menos de \$25,000:
- Menos de \$5,000
 - Entre \$5,000 y menos de \$7,500
 - Entre \$7,500 y menos de \$10,000
 - Entre \$10,000 y menos de \$12,500
 - Entre \$12,500 y menos de \$15,000
 - Entre \$15,000 y menos de \$20,000
 - Entre \$20,000 y menos de \$24,999
 - ME REHÚSO A CONTESTAR

- 62B. Entre \$25,000 y \$50,000:
- Entre \$25,000 y menos de \$30,000
 - Entre \$30,000 y menos de \$35,000
 - Entre \$35,000 y menos de \$40,000
 - Entre \$40,000 y menos de \$45,000
 - De \$45,000 a \$49,999
 - ME REHÚSO A CONTESTAR

- 62C. Más de \$50,000:
- Entre \$50,000 y menos de \$60,000
 - Entre \$60,000 y menos de \$75,000
 - Entre \$75,000 y menos de \$100,000
 - Entre \$100,000 y menos de \$124,999
 - Más de \$125,000
 - ME REHÚSO A CONTESTAR

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NOS AYUDARÁN A IDENTIFICAR EL MEJOR MÉTODO DE COMUNICACIÓN FUTURA.

63. ¿Cuenta con una dirección de correo electrónico?

- No → **PASE A la pregunta 65**
- Sí

64. En caso de contar con una dirección de correo electrónico, ¿preferiría recibir futuros mensajes y encuestas de TRIAD por vía electrónica?

No

Sí Si la respuesta es “sí”, ¿cuál es su correo electrónico? _____

65. ¿Preferiría entrar al sitio Web de TRIAD en el Internet para ahí contestar las preguntas?

No

Sí

66. Si no desea recibir mensajes por Internet o entrar al sitio Web de TRIAD para llenar una encuesta, ¿qué método de comunicación prefiere?

Correo

Teléfono

Una vez más, queremos expresarle lo mucho que apreciamos su participación en este estudio. Hemos aprendido mucho de personas, como usted, sobre cómo vivir con la diabetes. En caso de que este estudio continúe, ¿estaría usted de acuerdo en que nos pusiéramos en contacto con usted en un futuro?

NO (Muchas gracias por su participación)

SÍ (Si sí, por favor complete la página de información sobre el contacto)

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor imprima el nombre, la dirección y el teléfono de dos (2) personas que NO vivan en su hogar y que puedan comunicarse con usted en los próximos cinco años.

CONTACTO 1

Nombre: _____
(Primer nombre) (Apellido)

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Relación o parentesco: _____

CONTACTO 2

Nombre: _____
(Primer nombre) (Apellido)

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Relación o parentesco: _____

¡Muchas gracias!