

Formulario de Inscripción al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva (RH, por sus siglas en inglés)

Puede recibir este formulario en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con el Programa de RH a rh.program@dhsosha.state.or.us o al 971-673-0355. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. También puede solicitar servicios gratuitos de interpretación.

Llene este formulario para determinar si podemos pagar sus servicios.

- No discriminamos. Usted puede recibir servicios sin importar su ciudadanía, estatus migratorio o de documentación, o su identidad de género.
- Su información se mantiene lo más privada posible y NO se usa para la aplicación de las leyes de inmigración.

Esta información se usa únicamente para decidir cómo pagaremos sus servicios. Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, pida ayuda al personal de la clínica.

1	Apellido(s) legal(es):	Primer nombre legal:	Inicial del 2.º nombre:
2	Fecha de nacimiento:	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Opcional: ¿Cuál es su identidad de género?
3	Escriba su Ciudad y Código postal:		

4	<p>¿Puede embarazarse O embarazar a otra persona? Si contestó no, por favor deténgase y hable con el personal de la clínica.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, o creo que sí</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero estoy usando anticonceptivos</p> <p><input type="checkbox"/> No, ya pasé por la menopausia</p> <p><input type="checkbox"/> No, he tenido una cirugía (por ejemplo, ligadura de trompas, vasectomía)</p> <p><input type="checkbox"/> No, otra razón</p>	<p>Si contestó no, por favor, deténgase y hable con el personal de la clínica.</p>
---	--	--

De todos modos, puede recibir servicios gratuitos de salud reproductiva sin importar su estatus. Estas preguntas son únicamente para ayudarnos a pagar por sus servicios y no se utilizarán para la aplicación de las leyes de inmigración.

5	<p>Si necesita ayuda con esta pregunta, solicite ver La Tabla de Ciudadanía e Inmigración.</p> <p>Tiene usted:</p> <p><input type="checkbox"/> Ciudadanía de EE. UU. o nacionalidad de EE. UU.</p> <p><input type="checkbox"/> Estatus migratorio elegible (los ejemplos incluyen: refugiado, asilado, residente permanente legal ["green card"] menor de 19 años de edad, residente permanente legal ["green card"] durante 5 años o más y de 19 años de edad o más)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro estatus (PASE A LA PREGUNTA 7) (los ejemplos incluyen: DACA, indocumentade, residente permanente legal ["green card"] durante menos de 5 años y de 19 años o más)</p>
---	---

Formulario de Inscripción al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva (RH, por sus siglas en inglés)

6	<p>Si marcó Ciudadanía de EE. UU./nacionalidad de EE. UU. o Estatus migratorio elegible arriba, entonces: Escriba su Número de Seguro Social.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi Número de Seguro Social es: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No lo conozco o no tengo uno</p> <p>Escriba su dirección postal en Oregon:</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dirección de correo postal de Oregon es: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No vivo en Oregon</p>
---	--

7	<p>¿Tiene seguro de salud privado (de su trabajo o escuela, o de una pareja o cónyuge)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (PASE A LA PREGUNTA 9)</p>
---	---

8	<p>Si le enviamos una factura a su seguro privado de salud, su compañía de seguros podría enviar detalles sobre su consulta a la persona que paga el seguro.</p> <p>¿Podemos enviarle una factura a su seguro?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pueden enviarle una factura a mi seguro</p> <p><input type="checkbox"/> No, me preocupa que la persona que paga mi seguro se entere de mi consulta</p>
---	---

9	<p>¿Tiene ingreso propio?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (PASE A LA PREGUNTA 11)</p>
---	--

10	<p>Si tiene ingreso propio, mencione cuánto cree que recibirá este mes de:</p> <p>trabajos antes de los impuestos o de que se deduzca otro dinero _____</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>otras fuentes, como propinas o desempleo (no incluya ingresos relacionados con la manutención infantil, pagos a veteranos de guerra o de Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, por sus siglas en inglés]). _____</p> <p style="text-align: right;">Total _____</p>
----	---

11	<p>¿Declara impuestos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A cuántas personas incluye en sus impuestos? _____ (debe ser al menos 1)</p> <p><input type="checkbox"/> No, alguien más me incluye en sus impuestos. ¿A cuántas personas incluye dicha persona en sus impuestos? _____ (deben ser al menos 2)</p> <p><input type="checkbox"/> No y nadie me incluye en sus impuestos.</p>
----	--

Formulario de Inscripción al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva (RH, por sus siglas en inglés)

12	Si es ciudadano/a de EE. UU., ¿desea registrarse hoy para votar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
----	---

Uso de su número de Seguro Social (SSN)

Las leyes federales (citadas a continuación) estipulan que cualquier persona con Ciudadanía de EE. UU./nacionalidad de EE. UU. o con estatus de inmigración elegible que solicite beneficios médicos debe proporcionar su Número de Seguro Social (SSN), si lo tiene. Al incluir su SSN en el formulario de Inscripción al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva, usted concede su permiso para que el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) lo utilice para los siguientes propósitos:

- Ayudarnos a decidir si usted reúne los requisitos para obtener beneficios. Usaremos su SSN para asegurarnos de que los ingresos y bienes que usted indicó en el formulario de inscripción sean los correctos. Cotejaremos dicha información con otros registros estatales y federales.
- Ayúdenos a mejorar los programas mediante evaluaciones de la calidad.
- Asegúrese de que reciba los beneficios médicos adecuados.

Leyes federales – 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920.

- Entiendo que tengo el derecho a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la OHA.
- Entiendo que si recibo servicios que no estén cubiertos por el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva, es posible que tenga que pagarlos.
- Si tengo Ciudadanía de EE. UU./nacionalidad de EE. UU. o estatus de inmigración elegible, debo darle información a la División de Salud Pública de la OHA para comprobar mi ciudadanía o estatus de inmigración. Esto se debe hacer así para que puedan decidir cómo pagar mis servicios. Entiendo y acepto esto.

La información que proporcioné es correcta y completa, a mi mejor saber y entender. Declaro esto bajo pena de perjurio.

Firma del cliente: _____

Fecha de hoy (MM/DD/AA): _____

Formulario de Inscripción al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva (RH, por sus siglas en inglés)

FOR CLINIC STAFF: Requirements Tracking		
Agency #:	Clinic #:	Date:
*Staff name:		*Client's RHAF #:
*Offered OHA Notice of Privacy Practices.		<input type="checkbox"/> Yes
*Explained services covered by the RH Access Fund. Also discussed payment options for services not covered by the RH Access Fund.		<input type="checkbox"/> Yes
Gave information on where to access primary care services.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed
Gave health insurance enrollment information.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed
Provided a voter registration card. Offered assistance completing and submitting the form.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed

Preguntas demográficas para el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva

Las siguientes preguntas son opcionales. Las respuestas a estas preguntas no afectan su elegibilidad al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva. Hacemos estas preguntas para garantizar que todas las personas reciban atención de la más alta calidad y el mejor servicio. También usamos esta información para abordar las diferencias en la atención. Si no desea responder a estas preguntas, marque la casilla "No deseo responder".

Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, pida ayuda al personal de la clínica.

1	<p>En qué idioma desea que: Puede solicitar servicios gratuitos de interpretación.</p> <p>Nos comuniquemos con usted en persona, por teléfono o de forma virtual: _____</p> <p>Le escribamos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder (<i>se elegirá el idioma inglés</i>) (Si ambas respuestas son "inglés", pase a la pregunta 3)</p>
2a	<p>¿Necesita o desea un intérprete para que podamos comunicarnos con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>
2b	<p>Si desea o necesita un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje hablado</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de lengua de señas pidgin de contacto (PSE)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (indique): _____</p>
3	<p>¿Qué tan bien habla inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> No bien</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé o no se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>
4	<p>¿Cómo identifica usted su raza o grupo étnico, relación tribal, país de origen o ascendencia? (por ejemplo, ancestros de sus padres, afiliación tribal)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>

Preguntas demográficas para el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva

5	<p>¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="162 367 625 1344"> <p>Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano</p> <p><input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino de otro origen</p> <p>Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Chamoru (Chamorro)</p> <p><input type="checkbox"/> Marshalés</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de la región de Micronesia</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico</p> <p>Blanco(a)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa del Este</p> <p><input type="checkbox"/> Eslavo</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa Occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco</p> </td> <td data-bbox="625 367 1071 1344"> <p>Indígena americano o indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (Naciones Originarias)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p> <p>Negro(a) o afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afrocaribeño</p> <p><input type="checkbox"/> Etíope</p> <p><input type="checkbox"/> Somalí</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico africano (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro</p> <p>Del Medio Oriente o África del Norte</p> <p><input type="checkbox"/> De Oriente Medio</p> <p><input type="checkbox"/> De África del Norte</p> </td> <td data-bbox="1071 367 1550 1344"> <p>Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Indio</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de Myanmar</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Del sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático de otra procedencia</p> <p>Otras categorías</p> <p><input type="checkbox"/> Otra, indique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> </td> </tr> </table>	<p>Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano</p> <p><input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino de otro origen</p> <p>Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Chamoru (Chamorro)</p> <p><input type="checkbox"/> Marshalés</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de la región de Micronesia</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico</p> <p>Blanco(a)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa del Este</p> <p><input type="checkbox"/> Eslavo</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa Occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco</p>	<p>Indígena americano o indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (Naciones Originarias)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p> <p>Negro(a) o afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afrocaribeño</p> <p><input type="checkbox"/> Etíope</p> <p><input type="checkbox"/> Somalí</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico africano (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro</p> <p>Del Medio Oriente o África del Norte</p> <p><input type="checkbox"/> De Oriente Medio</p> <p><input type="checkbox"/> De África del Norte</p>	<p>Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Indio</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de Myanmar</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Del sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático de otra procedencia</p> <p>Otras categorías</p> <p><input type="checkbox"/> Otra, indique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>
<p>Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano</p> <p><input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino de otro origen</p> <p>Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Chamoru (Chamorro)</p> <p><input type="checkbox"/> Marshalés</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de la región de Micronesia</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico</p> <p>Blanco(a)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa del Este</p> <p><input type="checkbox"/> Eslavo</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa Occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco</p>	<p>Indígena americano o indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (Naciones Originarias)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p> <p>Negro(a) o afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afrocaribeño</p> <p><input type="checkbox"/> Etíope</p> <p><input type="checkbox"/> Somalí</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico africano (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro</p> <p>Del Medio Oriente o África del Norte</p> <p><input type="checkbox"/> De Oriente Medio</p> <p><input type="checkbox"/> De África del Norte</p>	<p>Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Indio</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de Myanmar</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Del sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático de otra procedencia</p> <p>Otras categorías</p> <p><input type="checkbox"/> Otra, indique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>		
6	<p>Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="162 1438 1047 1621"> <p><input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Tengo más de una identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial.</p> </td> <td data-bbox="1047 1438 1550 1621"> <p><input type="checkbox"/> N/A. Solamente marqué una de las categorías anteriores.</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> </td> </tr> </table>	<p><input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Tengo más de una identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial.</p>	<p><input type="checkbox"/> N/A. Solamente marqué una de las categorías anteriores.</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
<p><input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Tengo más de una identidad racial o étnica principal.</p> <p><input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial.</p>	<p><input type="checkbox"/> N/A. Solamente marqué una de las categorías anteriores.</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>			
7a	<p>¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="162 1680 1047 1816"> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Especifique qué tribu o tribus:</p> </td> <td data-bbox="1047 1680 1550 1816"> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> </td> </tr> </table>	<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Especifique qué tribu o tribus:</p>	<p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Especifique qué tribu o tribus:</p>	<p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>			
7b	<p>¿Es usted elegible, como indígena estadounidense o de Alaska, para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de una Clínica de Salud Tribal o de un Programa de Salud Urbana?</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="162 1911 397 2003"> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> </td> <td data-bbox="397 1911 1550 2003"> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> </td> </tr> </table>	<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>			

Preguntas demográficas para el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva

8	<p>Debido a una condición física, mental o emocional, indique si tiene dificultad seria para:</p> <p>A) ¿Concentrarse, recordar o tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____</p> <p>De ser así, ¿tiene usted dificultades para tomar decisiones médicas?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, si tiene dificultades para tomar decisiones médicas, por favor, hable con su proveedor de servicios de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar/No deseo contestar</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>	<p>B) ¿Hacer los mandados solo/a, por ejemplo, ir a ver al médico o hacer las compras?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Me niego a contestar o no deseo contestar</p>
9	<p>¿Es usted sordo/a o tiene dificultad seria para oír?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
10	<p>Cuando usa su idioma usual (normal), ¿tiene dificultad seria para comunicarse (por ejemplo, para entender o que otros lo/a entiendan)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
11	<p>¿Es usted ciego/a o tiene dificultad seria para ver, aunque lleve puestos lentes?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
12	<p>¿Tiene dificultad seria para caminar o subir escaleras?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
13	<p>¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
14	<p>¿Tiene dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	
15	<p>¿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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué edad inició esta condición? _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder</p>	