

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiatría/Salud Mental
Psychiatric/MH Questionnaire - Child/Adolescent

Fecha de la cita (m/d/a) _____ / _____ / _____ (*Appointment date (m/d/y)*)

Formulario completado por _____
Form completed by

Raza/Origen étnico (*Race/Ethnic background*) _____

Preferencia de idioma (*Language preference*) _____

Preferencias culturales (*Cultural preferences*) _____

Pronombre preferido (*Preferred pronoun*) _____

Origen de la referencia (*Referral source*)

Referido por (*Referred by*) _____

Médico de cabecera del niño (*Child's primary physician*) _____

Inquietudes (*Concerns*)

Necesidades de tratamiento (inquietudes/problemas que usted quisiera discutir)
Treatment needs (concerns/problems you wish to discuss)

Metas del tratamiento/preferencias
Treatment goals/preferences

Fortalezas
Strengths

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Revisión de los síntomas (*Review of symptoms*)

Marque (✓) cualquiera de las siguientes áreas que puedan crear un problema importante para su hijo:
 Check (✓) any of the following areas that may create a major issue for your child:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impulsivo (<i>Impulsive</i>)
<input type="checkbox"/> Mentiras (<i>Lying</i>)
<input type="checkbox"/> Robo (<i>Stealing</i>)
<input type="checkbox"/> Falta de atención (<i>Inattention</i>)
<input type="checkbox"/> Fantasioso (<i>Daydreaming</i>)
<input type="checkbox"/> Preocupaciones (<i>Worries</i>)
<input type="checkbox"/> Provocación de incendios (<i>Fire setting</i>)
<input type="checkbox"/> Angustia (<i>Nail biting</i>)
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente (<i>Frequent crying</i>)
<input type="checkbox"/> Irritabilidad (<i>Irritability</i>)
<input type="checkbox"/> Ataques de pánico (<i>Panic attacks</i>)
<input type="checkbox"/> Desconfianza (<i>Suspiciousness</i>)
<input type="checkbox"/> Vergonzoso o tímido (<i>Shy or timid</i>)
<input type="checkbox"/> Destrucción de la propiedad (<i>Destruction of property</i>)
<input type="checkbox"/> Crueldad hacia los animales (<i>Animal cruelty</i>)
<input type="checkbox"/> Rebeldía y desobediencia (<i>Defiance and disobedience</i>)
<input type="checkbox"/> Pensamientos relacionados con el suicidio (<i>Thoughts of suicide</i>)
<input type="checkbox"/> Malinterpreta las ideas (<i>Misinterprets ideas</i>)
<input type="checkbox"/> Rabietas frecuentes (<i>Frequent temper tantrums</i>)
<input type="checkbox"/> Policial/problemas legales (<i>Police/Legal trouble</i>)
<input type="checkbox"/> Cambios extremos de estado de ánimo (<i>Extreme mood swings</i>)
<input type="checkbox"/> Aislamiento social (<i>Social withdrawal</i>)
<input type="checkbox"/> Orinar o defecar en la cama (<i>Wetting or soiling</i>) | <input type="checkbox"/> Poco contacto visual (<i>Poor eye contact</i>)
<input type="checkbox"/> Conductas autoagresivas/autolesiones (<i>Aggression to self/self-abuse</i>)
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio (<i>Suicide attempt</i>)
<input type="checkbox"/> Comentarios negativos sobre sí mismo (<i>Negative comments about self</i>)
<input type="checkbox"/> Inquietud sobre drogas/alcohol/fumar (<i>Concern about drugs/alcohol/smoking</i>)
<input type="checkbox"/> Repite ciertos comportamientos una y otra vez (<i>Repeats certain act over and over</i>)
<input type="checkbox"/> Evita ciertos objetos o lugares (<i>Avoid certain things or places</i>)
<input type="checkbox"/> Incómodo en situaciones sociales (<i>Uncomfortable in social situations</i>)
<input type="checkbox"/> Comportamiento inusual, explique _____ (<i>Unusual behavior, explain</i>)
<input type="checkbox"/> Escapar de la casa o la escuela (<i>Running away from home or school</i>)
<input type="checkbox"/> Depresión, tristeza o descontento (<i>Depression, sadness or unhappiness</i>)
<input type="checkbox"/> Hiperactivo o incapaz de quedarse quieto (<i>Hyperactive or unable to sit still</i>)
<input type="checkbox"/> Dolor en el cuerpo, de cabeza o de estómago (<i>Body aches, headaches, stomach aches</i>)
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir/pesadillas (<i>Sleep problems/nightmares</i>)
<input type="checkbox"/> Colecciona objetos, especificar _____ (<i>Collects things, specify</i>)
<input type="checkbox"/> Agresiones a otras personas, especificar _____ (<i>Aggression to others, specify</i>) |
|---|--|

Historial escolar (*School history*)

Escuela (*School*) _____ Grado (*Grade*) _____

- Repitió algún grado (cuál grado _____)
Repeated any grades (what grade)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Áreas de estudio preferidas (Preferred areas of study)

En cuáles materias le va bien a su hijo _____

What subjects does your child do well in

Con cuáles materias tiene la mayor dificultad _____

What subjects does your child have the most difficulty with

A su niño: Le gusta la escuela No le gusta la escuela

Does your child: Like school Dislike school

Metas educacionales futuras (Future educational goals)

Qué quiere hacer su hijo cuando termine la escuela _____

What does your child want to do when their schooling is completed

Pruebas de inteligencia/neuro psicológicas en el pasado _____

Past intelligence testing/neuro psychological testing

Las emociones de su hijo interfieren con su aprendizaje _____

Do your child's emotions interfere with learning

Barreras emocionales para el aprendizaje (Emotional barriers to learning)

Limitación cognitiva para aprender (*Cognitive limitation for learning*):

- Discapacidad del aprendizaje Discapacidad intelectual Lesión traumática del cerebro Epilepsia
Learning disability (LD) Intellectual disability Traumatic brain injury Seizures

En un programa de educación especial (*In a special education program*):

- PEI, Plan educativo individual (discapacidad del aprendizaje) Plan 504 (TDAH, retos emocionales)
IEP (learning disability) 504 plan (ADHD, emotional challenges)

- Plan personal de aprendizaje (comportamiento)
Personal learning plan (behavioral)

- Problemas sospechados de aprendizaje (especifique _____)
Suspected learning problems (specify)

Deseo/Motivación para aprender: Fuerte Promedio Débil
Desire/Motivation for learning: Strong Average Weak

Barreras de comunicación: No habla inglés Inglés como segundo idioma
Barriers to communication: Non English speaking English as second language

- Trastorno auditivo Servicios del habla/lenguaje
Hearing impaired Speech/Language services

Limitaciones físicas para aprender: Sí No
Physical limitations for learning: Yes No

Problemas del comportamiento en la escuela:

Behavioral problems in school:

- Se niega a ir a la escuela Absentismo escolar Arrebatos verbales Arrebatos físicos
Refusal to go to school Skipping school Verbal outbursts Physical outbursts

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Antecedentes psiquiátricos (Psychiatric history)

Ha intentado usted la psicoterapia para su niño: Sí No
Have you ever tried psychotherapy for your child: Yes No

En caso afirmativo (*If yes*):

1. Nombre del terapeuta _____ Cuándo _____
Name of therapist When

Dónde (*Where*) _____

2. Nombre del terapeuta _____ Cuándo _____
Name of therapist When

Dónde (*Where*) _____

3. Nombre del terapeuta _____ Cuándo _____
Name of therapist When

Dónde (*Where*) _____

¿Ha estado internado alguna vez el niño por problemas conductuales o emocionales?: Sí No
Has your child ever been hospitalized for behavioral or emotional problems: Yes No

En caso afirmativo: Cuándo (*When*) _____
If yes:

Dónde (*Where*) _____

Motivo (*Reason*) _____

¿El niño tiene un diagnóstico psiquiátrico?: Sí No
Does your child have any psychiatric diagnosis: Yes No

En caso afirmativo, indicar cuál _____
If yes, what

¿Toma medicamentos actualmente?: Sí No
Is your child currently on medications: Yes No

En caso afirmativo (*If yes*):

Nombre del Medicamento (<i>Name of Medication</i>)	Dosis (<i>Dosage</i>)

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiatría/Salud Mental (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Medicamentos de venta libre _____
Over-the-counter medications

¿El niño alguna vez ha tomado medicamentos por problemas conductuales o emocionales?: Sí No
Has your child been on medications for behavioral or emotional problems in the past: Yes No

En caso afirmativo, enumerar (*If yes, list*)

¿Tuvo alguna reacción adversa a los medicamentos?: Sí No
Any adverse reaction to any of the medications Yes No

En caso afirmativo (*If yes*):

Nombre del Medicamento (<i>Name of Medication</i>)	Efecto (<i>Effect</i>)

Historial de traumas (*Trauma history*)

Su hijo ha experimentado alguna vez un trauma: Sí No
Has your child ever experienced any trauma: Yes No

Si es así, tipo de trauma: Físico Sexual Emocional Negligencia Pérdida o muerte traumática
If yes, type of trauma: Physical Sexual Emotional Neglect Traumatic loss or death

Accidente automotriz Presenció una muerte repentina Presenció violencia _____
Motor vehicle accident Witnessed sudden death Witnessed violence

Servicios comunitarios y proporcionados en el hogar:
Community-based and home-based services:

Servicios sociales Servicios comunitarios integrales (CCS) Equipo de servicios coordinados (CST)
Social services Comprehensive community services (CCS) Coordinated services team (CST)

Enlace con recursos para el envejecimiento y discapacidades (ADRC) Tratamiento de día
Aging and disability resource connection (ADRC) Day treatment

Servicios ordenados por la corte Otro _____
Court-ordered services Other

Trabajador/a de Caso del condado: Sí No
County caseworker: Yes No

Si lo tiene, nombre _____
If yes, name

¿El niño ha estado alguna vez en un hogar de acogida, un hogar comunitario o un centro de tratamiento residencial?: Sí No
Has your child ever been placed in a foster home, group home, or residential treatment center Yes No

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

En caso afirmativo: Dónde (*Where*) _____
 If yes: Cuándo (*When*) _____

Antecedentes médicos (Medical history)

Fecha del último examen físico _____
Date of last physical evaluation

Inquietud de dolor físico: Sí No
Physical pain concern: Yes No

Marque (✓) la casilla correspondiente si el niño ha tenido:
Check (✓) any of the following that your child has experienced:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Meningitis (<i>Meningitis</i>) | <input type="checkbox"/> Enfermedades o problemas cardíacos
<i>Heart disease/problem</i> | <input type="checkbox"/> Varias lesiones o fracturas de huesos
<i>Severe injuries or broken bones</i> |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis (<i>Encephalitis</i>) | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos o convulsiones
<i>Seizure/Convulsion</i> | <input type="checkbox"/> Intoxicación con plomo
<i>Lead poisoning</i> |
| <input type="checkbox"/> Tics nerviosos
<i>Nervous twitches or tics</i> | <input type="checkbox"/> Colocación de tubos en los oídos
<i>Tubes placed in ears</i> | <input type="checkbox"/> Problemas de audición
<i>Hearing problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Temblor (<i>Tremor</i>) | <input type="checkbox"/> Dolores recurrentes de cabeza o de estómago
<i>Recurrent headaches/stomach aches</i> | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista
<i>Vision problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Neumonía (<i>Pneumonia</i>) | | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza
<i>Head injuries</i> |
| <input type="checkbox"/> Asma (<i>Asthma</i>) | | |

Nutritional assessment

- | | |
|---|--|
| Alergia a alimentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Food allergies: Yes No</i> | Come compulsivamente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Binge eating: Yes No</i> |
| Pérdida/Ganancia de peso de 10 libras o más en los últimos tres meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Weight loss/gain of 10 or more pounds in past 3 months: Yes No</i> | Vómito auto inducido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Self-induced vomiting: Yes No</i> |
| Disminución del apetito y/o consumo de alimentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Decrease in food intake and/or appetite: Yes No</i> | Restricción intencional del consumo de alimentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Intentional restriction of food intake: Yes No</i> |
| | Problemas dentales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Dental problems: Yes No</i> |

Hospitalizaciones u Operaciones <i>(Hospitalizations/Operations)</i>	Edad <i>(Age)</i>	Descripción <i>(Description)</i>

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiatría/Salud Mental (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Alergias: Sí No
Allergies: Yes No

En caso afirmativo, especificar _____
If yes, specify

Vacunas a la fecha: Sí No
Immunizations up-to-date: Yes No

Solamente para adolescentes de sexo femenino (For adolescent females only):

Inicio del primer periodo menstrual: Sí No
Onset of menstrual period Yes No

¿Tiene periodos menstruales inusuales o irregulares?: Sí No
Have menstrual periods been unusual or irregular Yes No

¿Ha estado embarazada alguna vez?: Sí No
Any past pregnancies: Yes No

Antecedentes del desarrollo (Developmental history)

La madre del niño tuvo un total de _____ embarazos y tiene _____ hijos vivos.
Child's mother had a total of (#) pregnancies and has (#) living children.

¿Complicaciones durante los embarazos? ... Sí No
Any complications with pregnancy Yes No
 En caso afirmativo, especificar (*If yes, specify*)

¿Estuvo expuesta la madre a medicamentos durante el embarazo? Sí No
Was mother exposed to medications during pregnancy Yes No
 En caso afirmativo, indicar cuál (*If yes, what*)

¿Estuvo expuesta la madre a rayos X? Sí No
Was mother exposed to x-ray Yes No

¿Consumió la madre alcohol o drogas ilegales durante el embarazo? Sí No
Did mother use alcohol or illicit drugs during pregnancy Yes No

¿Fumó tabaco la madre durante el embarazo? Sí No
Did mother use tobacco during pregnancy Yes No

El embarazo concluyó:
Pregnancy was for how long:
 En término Pretérmino Postérmino
Full term Preterm Post term

El parto fue:
Delivery was:
 Vaginal Por cesárea Con fórceps
Vaginal C-section Forceps

Peso al nacer (*Birth weight*) _____

¿Complicaciones posparto tales como infecciones, hemorragia, depresión posparto (melancolía posparto)? Sí No
Any complications postpartum such as infection, bleeding, postpartum depression (baby blues) Yes No
 En caso afirmativo, especificar (*If yes, specify*)

Bebé llegó a su casa en el plazo habitual
Baby came home on time

Bebé se le transfirió a la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos durante _____ días
Baby was transferred to the NICU for # days

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

¿Cómo describiría el nivel de actividad del niño durante la lactancia y la niñez temprana?

Looking back through infancy and early childhood, how would you describe your child's activity level:

- Alto Bajo Promedio
High Low Average

¿El bebé tenía muchos cólicos? Sí No
Was the baby "colicky" Yes No

¿El bebé tenía problemas para relacionarse? Sí No
Did the baby have any problems bonding Yes No

Problemas para alimentarse Sí No
Trouble with feeding Yes No

Problemas para dormir Sí No
Trouble with sleep Yes No

En caso afirmativo, indicar a qué edad _____
If yes, what age

¿Cómo describiría el temperamento del bebé?
How would you describe his/her temperament:

- Bebé fácil Bebé desafiante Promedio
Easy baby Challenging baby Average
- Lento para animarse Moderado
Slow to warm up Moderate

¿Cómo describiría el desarrollo del niño (sentarse, caminar, hablar, aprender a ir al baño, etc.) durante el primero y el segundo año de vida?

Looking back to the first 1 – 2 years of your child's life, how would you describe your child's development (sitting, walking, talking, toilet training, etc.):

- Principalmente a tiempo o antes
Mostly on time or early
- Principalmente tarde o con retraso
Mostly late or delayed
- A tiempo, excepto _____
On time, except

¿Tuvo problemas el niño para separarse de usted? Sí No
Did your child have any problems separating from you Yes No

En caso afirmativo, especificar (*If yes, specify*)

Programa de niñez temprana Sí No
Early childhood program Yes No

Programa birth to 3 years Sí No
Birth to 3 years old Yes No

Programa Headstart Sí No
Headstart Yes No

Antecedentes familiares de problemas psiquiátricos
Family history of psychiatric problems

Marque (✓) todas las opciones que correspondan:
Check (✓) all that apply:

Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Problems</i>	Biológicos <i>Biological</i>		Familiar (Especificar) <i>Relative (Specify)</i>	Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Problems</i>	Biológicos <i>Biological</i>		Familiar (Especificar) <i>Relative (Specify)</i>
	Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>			Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>	
Ansiedad (<i>Anxiety</i>)				Consumo de alcohol <i>(Alcohol use)</i>			
Depresión (<i>Depression</i>)				Consumo de drogas <i>(Drug use)</i>			
Cambios de estado de ánimo <i>(Mood swings)</i>				Adicción a juegos de azar <i>(Gambling)</i>			
Bipolar (<i>Bipolar</i>)				Hiperactividad <i>(Hyperactivity)</i>			
Intento de suicidio <i>(Suicide attempt)</i>							

Cuestionario de Psiquiatría/Salud Mental (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Problems</i>	Biológicos <i>Biological</i>		Familiar (Especificar) <i>Relative (Specify)</i>	Problemas Psiquiátricos <i>Psychiatric Problems</i>	Biológicos <i>Biological</i>		Familiar (Especificar) <i>Relative (Specify)</i>
	Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>			Madre <i>Mother</i>	Padre <i>Father</i>	
Problemas de temperamento <i>(Temper problems)</i>				Problemas en la escuela <i>(School problems)</i>			
Paranoia <i>(Paranoia)</i>				Discapacidad cognitiva <i>(Cognitive disability)</i>			
Alucinaciones <i>(Hallucinations)</i>				Arrestos, problemas legales, delitos graves <i>(Arrest, legal problems, felonies)</i>			
Trastornos alimentarios <i>(Eating disorders)</i>				Tiroides <i>(Thyroid)</i>			
Ataques de pánico <i>(Panic attacks)</i>				Diabetes <i>(Diabetes)</i>			
Síndrome de Tourette o tics <i>(Tourette's/Tics)</i>				Muertes cardiacas repentinas <i>(Sudden cardiac deaths)</i>			
Uso de medicamentos psicotrópicos <i>(Use of psychiatric medications)</i>				Convulsiones o epilepsia <i>(Seizure or epilepsy)</i>			
Hospitalización en psiquiatría <i>(Psychiatric hospitalization)</i>				Cáncer <i>(Cancer)</i>			
				Otro <i>(Other)</i>			

Miembros de la familia (Family membership)

¿Con quién vive el niño actualmente? *(Who does your child live with now):*

Nombre <i>Name</i>	Edad <i>Age</i>	Relación con el niño <i>Relationship to Child</i>	Educación <i>Education</i>	Ocupación <i>Occupation</i>	Salud <i>Health</i>

Niño/Adolescente

Cuestionario de Psiquiatría/Salud Mental (Continuación)

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Información del padre/madre biológico (si no se incluyó anteriormente):
Birth parent information (if not listed above):

Nombre del Padre Biológico <i>Birth Parent Name</i>	Edad <i>Age</i>	Educación <i>Education</i>	Trabajo <i>Job</i>
Madre (Mother)			
Padre (Father)			

Estado civil (Marital information)

Los padres están: Casados Separados Divorciados Nunca se casaron Cohabitan (viven juntos)
Parents are: Married Separated Divorced Never married Cohabiting (live together)

Quién tiene la ubicación física principal: Padre y madre Madre Padre Otro, especificar _____
Who has primary physical placement: Both parents Mother Father Other, specify

Cronograma de visitas _____
Visitation schedule

Agentes estresantes familiares (Family stressors)

Marque (✓) la casilla correspondiente si alguno de los siguientes eventos se produjo en los últimos 12 meses:
Check (✓) if any of the following have occurred in the last 12 months:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padres separados (Parents separated) | <input type="checkbox"/> Padres separados (Parents separated) |
| <input type="checkbox"/> Padres divorciados (Parents divorced) | <input type="checkbox"/> Padres divorciados (Parents divorced) |
| <input type="checkbox"/> Conflicto entre los padres (Parental conflict) | <input type="checkbox"/> Conflicto entre los padres (Parental conflict) |
| <input type="checkbox"/> Mudanza de la familia (Family moved) | <input type="checkbox"/> Mudanza de la familia (Family moved) |
| <input type="checkbox"/> El niño cambió de escuela (Child changed school) | <input type="checkbox"/> El niño cambió de escuela (Child changed school) |

¿Uno de los padres u otro adulto en el hogar ha prestado servicio militar?: Sí No
Has a parent or other adult in the home served in the military Yes No

Con cuál religion se identifica usted _____
What particular religion do you identify with

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Información social (Social information)

Problemas haciendo amigos en el vecindario y/o en la escuela
Problems making friends in the neighborhood and/or at school

Cómo se relaciona su niño con sus hermanos/as
How does your child relate to his/her siblings

Cantidad/Calidad de apoyo social
Quality/Quantity of social support

***Gracias por dedicar unos momentos para completar este cuestionario.
Thank you for taking time to complete this questionnaire.***