



# Estudio de Salud de Adultos de Oregón 2025

*Para que Oregón sea saludable*

Para comprender mejor las experiencias y  
necesidades de salud de los adultos en cada  
región del estado

Si prefiere completar este estudio por internet, visite  
<https://www.Oregon.gov/HealthyAdults>  
e ingrese su Código de Acceso: [XXXXXXXXXX]

- A. ¿Es usted el adulto, de 18 años o más, en su hogar que cumplió años más recientemente?
- ☐ Sí → Continuar
- ☐ No → Pídale al miembro del hogar que tenga 18 años o más y haya cumplido años más recientemente que complete el estudio.

## **Bienvenido(a) a Estudio de Salud de Adultos de Oregón,**

Su hogar fue seleccionado al azar para responder a este importante estudio sobre la salud de las personas y las comunidades en Oregón. La Autoridad de Salud de Oregón es una agencia estatal enfocada en mejorar la calidad y disponibilidad de la atención médica para todos los habitantes de Oregón. Estamos realizando este estudio para comprender mejor sus experiencias de salud y saber cómo apoyar la salud de los adultos en cada parte del estado.

Por favor, haga que el adulto (de 18 años o más) en su hogar, **que haya cumplido años más recientemente**, complete el cuestionario. **Envíelo por correo lo antes posible** en el sobre de devolución con franqueo pago.

Para que participar sea lo más fácil posible, también hemos puesto este estudio a disposición en línea. Si lo prefiere, puede utilizar el cuestionario adjunto para conocer cuáles son las preguntas. Luego, responda a través de Internet visitando: <https://www.Oregon.gov/HealthyAdults> e ingresando el Código de Acceso en el anverso de este folleto.

Cualquiera de estas opciones está bien, pero por favor no responda a ambos cuestionarios, en papel e Internet.

**Para completar el estudio en papel, siga estas instrucciones al proporcionar sus respuestas:**

### **Instrucciones para marcar**

- Utilice un lápiz Núm. 2 o bolígrafo de tinta azul o negra.
- No utilice bolígrafos con tinta que traspase el papel.
- Haga marcas solidas que llenan completamente la respuesta.
- No haga marcas innecesarias a este formulario.

CORRECTO: 

INCORRECTO: 

Para obtener más información sobre el estudio, visite <https://www.Oregon.gov/HealthyAdults> o póngase en contacto con Renee Boyd llamando al (971) 254-6148 o por e-mail enviando un mensaje a [Renee.K.Boyd@oha.oregon.gov](mailto:Renee.K.Boyd@oha.oregon.gov).

**¡Muchas gracias por su ayuda!**

Renee Boyd  
Gerente de Políticas y Programas de Salud  
Servicios de Diseño y Evaluación de Programas  
División de Salud Pública  
Autoridad de Salud de Oregón

**Servicios de Diseño y Evaluación de Programas | Autoridad de Salud de Oregón**  
**800 NE Oregon Street Suite 260 | Portland, OR 97232**

1. ¿Diría usted que su estado de salud en general es...?

- ☐ Excelente  
☐ Muy bueno  
☐ Bueno  
☐ Regular  
☐ Malo

2. Con respecto a su salud física, que incluye enfermedades y lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Número de días

3. Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Número de días

4. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en el que necesitó ver a un médico pero no pudo debido al costo?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

5. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

pies

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

pulgadas

6. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

libras

7. ¿Cuál es su edad actual?

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Años de edad

8. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido(a) usted, tienen 18 años o más?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Número de adultos

9. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su estado civil actual?

- ☐ Casado(a)  
☐ Divorciado(a)  
☐ Viudo(a)  
☐ Separado(a)  
☐ Nunca se casó  
☐ Miembro de una pareja no casada  
☐ Un miembro de una pareja doméstica registrada

10. ¿Cuál de las siguientes es la fuente principal de su seguro médico actual?

- ☐ Plan a través de un empleador o sindicato (el suyo o el de otra persona)  
☐ Medicare  
☐ Medigap  
☐ Oregon Health Plan (Medicaid)  
☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)  
☐ Atención médica relacionada con las fuerzas armadas  
☐ Servicio de Salud Indígena  
☐ Otro (por favor, especifique)

- ☐ Sin seguro médico de ningún tipo  
☐ No estoy seguro(a)

11. **¿Actualmente usa los siguientes productos de nicotina o tabaco *todos los días, algunos días o nunca*? No incluya productos de marihuana en su respuesta.**

|  | Todos los días        | Algunos días          | Nunca                 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. Cigarrillos (sin mentol)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Cigarrillos mentolados  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Cigarrillos electrónicos o de vapeo (sin mentol)                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Cigarrillos electrónicos de mentol o de vapeo                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Tabaco de mascar, snus o rapé (también conocido como tabaco en polvo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. Cigarros de tamaño completo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. Cigarros o puritos de menor tamaño                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. Hookah (pipa de agua)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. **Durante los últimos 30 días, ¿ha usado algún producto de tabaco o vapeo con menta, fruta, café u otros sabores (no incluya productos de marihuana)?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

Si informó que fuma cigarrillos sin mentol o con mentol todos los días, por favor responda la pregunta 13; de lo contrario, pase a la pregunta 14.

13. **¿En promedio, cuántos cigarrillos diría que fuma?**

 

Cigarrillos al día (Nota: 1 paquete = 20 cigarrillos)

Si informó que actualmente fuma o vapea algunos días o todos los días, por favor responda las preguntas 14 y 15; de lo contrario, pase a la pregunta 16 en la siguiente página.

14. **Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar o vapear por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar o de vapear?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

15. **¿Le gustaría dejar de fumar o de vapear?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

**16. ¿Alguna vez un médico, enfermero o profesional de la salud le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones...?**

|  | Sí                    | No                    | No lo sé              |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. Ataque cardíaco (infarto de miocardio)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Angina o enfermedad coronaria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Un derrame cerebral   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Asma  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. En caso afirmativo, ¿todavía tiene asma?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. Cáncer de piel que no sea melanoma  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. Melanoma u otros tipos de cáncer  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. EPOC, enfisema o bronquitis crónica   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| I. Un trastorno depresivo (por ejemplo, depresión mayor o menor)                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J. Enfermedad renal (sin incluir cálculos renales, infección de la vejiga o incontinencia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| K. Artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L. Diabetes  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M. En caso afirmativo, y si es mujer, ¿fue solo cuando estaba embarazada?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| N. Otras enfermedades crónicas (especifique)   | <hr/>                 |                       |                       |

Las siguientes preguntas se refieren a eventos que sucedieron durante su infancia. La siguiente información nos permitirá comprender mejor las dificultades que pueden ocurrir temprano en la vida y puede ayudar a otros en el futuro.

**17. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

**18. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con el alcohol o que era alcohólico?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

**19. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas o que abusó medicamentos recetados?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

**20. ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a pasar tiempo en la cárcel, prisión o algún otro centro correccional?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

**21. ¿Sus padres estaban separados o divorciados?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No estoy seguro(a)

**22. ¿Con qué frecuencia sus padres o adultos en la casa se cacheteaban, pegaban, pateaban, se daban puñetazos o palizas?**

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Más de una vez

**23. Sin incluir palmadas (antes de que usted cumpliera los 18 años) ¿con qué frecuencia sus padres o un adulto en la casa le pegaron, golpearon, patearon o lastimaron físicamente de alguna manera?**

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Más de una vez

**24. ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto en su casa lo maldecía, insultaba o humillaba?**

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Más de una vez

**25. ¿Con qué frecuencia alguien al menos 5 años mayor que usted o un adulto alguna vez lo tocó sexualmente?**

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Más de una vez

**26. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, intentó hacer que usted la tocara sexualmente?**

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Más de una vez

**27. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, lo forzó a tener relaciones sexuales?**

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Más de una vez

**28. ¿Por cuánto tiempo durante su niñez hubo un adulto en su hogar que lo hizo sentirse seguro y protegido?**

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ La mayor parte del tiempo
- ☐ Todo el tiempo

**29. ¿Por cuánto tiempo durante su niñez hubo un adulto en su hogar que se esforzó bastante para asegurarse de que las necesidades básicas de usted estuvieran cubiertas?**

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ A veces
- ☐ La mayor parte del tiempo
- ☐ Todo el tiempo

***Si desea obtener información o referencias de problemas relacionados con las últimas preguntas, utilice los siguientes números gratuitos:***

Número de Crisis en todo el estado de Oregón  
1 (888) 235-5333

Línea Directa Nacional contra la violencia doméstica  
1 (800) 799-SAFE (7233)

Línea Directa Nacional contra la agresión sexual  
1 (800) 656-HOPE (4673)

Línea Directa Nacional contra el maltrato infantil  
1 (800) 4-A-CHILD (1-800-422-4453)

Línea Directa Nacional contra el suicidio y crisis  
988

Línea de ayuda sobre alcohol y drogas  
1 (800) 923-4357

**Las siguientes preguntas son sobre usted. Recuerde que sus respuestas son completamente confidenciales.**

**30. ¿Vive en casa propia o rentada?**

- ☐ Propia
- ☐ Rentada
- ☐ Otra situación de vivienda

**31. ¿Cuál es el nivel de educación o grado escolar más alto que ha completado?**

- ☐ Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder
- ☐ 1. o a 8. o grado (escuela primaria)
- ☐ 9. o a 11. o grado (algunos estudios secundarios)
- ☐ 12. o grado o diploma
- ☐ GED (graduado de escuela secundaria superior)
- ☐ 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)
- ☐ 4 años o más de universidad (graduado universitario)

**32. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que no pudo pagar su hipoteca, alquiler o servicios públicos?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**33. En los últimos 12 meses, ¿perdió su empleo o le redujeron las horas de trabajo?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**34. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su trabajo?**

- ☐ Muy satisfecho(a)ed
- ☐ Satisfecho(a)
- ☐ Insatisfecho(a)
- ☐ Muy insatisfecho(a)
- ☐ No está seguro(a) / No corresponde

**35. ¿Tiene fácil acceso a opciones de alimentos saludables en su comunidad?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**36. ¿Con qué frecuencia puede costear los alimentos que necesita?**

- ☐ Siempre
- ☐ Usualmente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca
- ☐ No estoy Seguro(a)

**37. Durante los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió asistir a citas médicas, reuniones, trabajo o conseguir cosas necesarias para su vida diaria?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**38. ¿Qué tan seguro(a) considera que es su vecindario con respecto al crimen?**

- ☐ Extremadamente seguro(a)
- ☐ Seguro(a)
- ☐ Inseguro(a)
- ☐ Extremadamente inseguro(a)
- ☐ No estoy seguro(a)







**46. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia apostó dinero en actividades de juego presenciales como comprar boletos de lotería en una tienda, asistir a noches de póker en casa de un amigo, o ir a un establecimiento de juegos para jugar en mesas, máquinas tragamonedas u otras máquinas electrónicas de juego?**

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de una vez al mes
- ☐ Una vez al mes
- ☐ De 2 a 3 veces al mes
- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Varias veces a la semana
- ☐ No estoy seguro(a)

**47. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia apostó dinero en actividades de juego móviles, como apuestas deportivas en línea, juegos de azar por internet o aplicaciones de apuestas?**

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de una vez al mes
- ☐ Una vez al mes
- ☐ De 2 a 3 veces al mes
- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Varias veces a la semana
- ☐ No estoy seguro(a)

**48. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha visto inquieto(a), irritable o ansioso(a) al tratar de detener o reducir las apuestas?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**49. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de evitar que su familia o amigos sepan cuánto apostó?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**50. Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo tantos problemas financieros como resultado de su juego que necesitó ayuda con los gastos de vida por parte de familiares, amigos o programas de asistencia pública?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

**51. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual?**

- ☐ Empleado(a) por salario
- ☐ Trabajador(a) independiente
- ☐ Desempleado(a) por 1 año o más
- ☐ Desempleado(a) por menos de 1 año
- ☐ Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Jubilado(a)
- ☐ No puedo trabajar
- ☐ No estoy seguro(a)

**52. Complete los últimos 3 dígitos del código POSTAL donde vive actualmente.**

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| 9 | 7 |  |  |  |
|---|---|--|--|--|

**53. ¿En cuál de estos condados de Oregón vive actualmente?**

- |                                 |                                  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Baker     | <input type="radio"/> Harney     | <input type="radio"/> Morrow             |
| <input type="radio"/> Benton    | <input type="radio"/> Hood River | <input type="radio"/> Multnomah          |
| <input type="radio"/> Clackamas | <input type="radio"/> Jackson    | <input type="radio"/> Polk               |
| <input type="radio"/> Clatsop   | <input type="radio"/> Jefferson  | <input type="radio"/> Sherman            |
| <input type="radio"/> Columbia  | <input type="radio"/> Josephine  | <input type="radio"/> Tillamook          |
| <input type="radio"/> Coos      | <input type="radio"/> Klamath    | <input type="radio"/> Umatilla           |
| <input type="radio"/> Crook     | <input type="radio"/> Lake       | <input type="radio"/> Union              |
| <input type="radio"/> Curry     | <input type="radio"/> Lane       | <input type="radio"/> Wallowa            |
| <input type="radio"/> Deschutes | <input type="radio"/> Lincoln    | <input type="radio"/> Wasco              |
| <input type="radio"/> Douglas   | <input type="radio"/> Linn       | <input type="radio"/> Washington         |
| <input type="radio"/> Gilliam   | <input type="radio"/> Malheur    | <input type="radio"/> Wheeler            |
| <input type="radio"/> Grant     | <input type="radio"/> Marion     | <input type="radio"/> Yamhill            |
|                                 |                                  | <input type="radio"/> No estoy seguro(a) |

**54. ¿Qué tan bien habla inglés?**

- ☐ Muy bien  
☐ Bien  
☐ No tan bien  
☐ Nada bien  
☐ No lo sé  
☐ No quiero responder

**55. ¿Cuál es su género? (Seleccione todas las que aplican)**

- ☐ Mujer  
☐ Hombre  
☐ No binario  
☐ Agénero / Sin género  
☐ Bigénero  
☐ Género fluido  
☐ Género queer  
☐ En cuestionamiento / Exploración  
☐ No aparece en la lista (describa)

- ☐ No lo sé  
☐ No entiendo lo que se pregunta  
☐ Prefiero no responder

**56. ¿Es transgénero?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Cuestionamiento / Exploración  
☐ No lo sé  
☐ No entiendo lo que se pregunta  
☐ Prefiero no responder

**57. ¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Seleccione todas las que aplican)**

- ☐ Atracción por personas del mismo género  
☐ Lesbiana  
☐ Gay  
☐ Bisexual  
☐ Heterosexual  
☐ Espectro asexual  
☐ Queer  
☐ Pansexual  
☐ Cuestionamiento / Exploración  
☐ No aparece en la lista (describa)

- ☐ No lo sé  
☐ No entiendo lo que se pregunta  
☐ Prefiero no responder

**58. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? (Seleccione todas las que aplican)**

**Indio americano y nativo de Alaska**

- ☐ Indio americano
- ☐ Nativo de Alaska
- ☐ Canadiense, Inuit, Metis o Primera Nación
- ☐ Indígenas mexicanos, centroamericanos o sudamericanos
- ☐ Otro indígena americano o nativo de Alaska

**Negra y afroamericana**

- ☐ Afroamericano
- ☐ Afrocaribeño
- ☐ Etíope
- ☐ Haitiano(a)
- ☐ Jamaicano(a)
- ☐ Nigeriano(a)
- ☐ Somalí
- ☐ Otro negro o africano(a) (negro)

**Blanca**

- ☐ Inglés(a)
- ☐ Alemán(a)
- ☐ Irlandés(a)
- ☐ Italiano(a)
- ☐ Polaco(a)
- ☐ Escocés(a)
- ☐ Otro blanco(a)

**Hispano y latino/a/x**

- ☐ Mexicana
- ☐ Cubano(a)
- ☐ Puertorriqueño(a)
- ☐ Dominicano(a)
- ☐ Salvadoreño(a)
- ☐ Guatemalteco(a)
- ☐ Sudamericano
- ☐ Afro-latino/a/x
- ☐ Otro hispano o latinx

**Judío(a)**

- ☐ Ashkenazí
- ☐ Sefardí
- ☐ Otro judío(a)

**Native Hawaiian or Pacific Islander**

- ☐ Chamorro
- ☐ Comunidades de la Región de Micronesia
- ☐ Fiyiano(a)
- ☐ Marshalés
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Tongano(a)
- ☐ Otro isleño(a) del Pacífico

**Asiática**

- ☐ Indio asiático
- ☐ Camboyano(a) / Khmer
- ☐ Chino
- ☐ Comunidades de Myanmar
- ☐ Filipino/a
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Asia meridional
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro asiático(a)

**Medio este/Norteafricano**

- ☐ Egipcio(a)
- ☐ Iraní
- ☐ Iraquí
- ☐ Iraquí
- ☐ Libanés(a)
- ☐ Palestino(a)
- ☐ Sirio(a)
- ☐ Turco(a)
- ☐ Otro del Medio Oriente o del Norte de África
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

**59. Si marcó más de una categoría arriba, ¿hay alguna que considere su identidad racial o étnica principal?**

- ☐ Sí (¿Cuál?) \_\_\_\_\_
- ☐ No tengo una sola identidad racial o étnica primaria
- ☐ No, me identifico como Biracial o Multirracial
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

**60. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a encontrar diferencias de salud y servicio entre las personas con y sin dificultades funcionales.**

|  | Sí                    | En casi afirmativo:<br>¿A que edad comenzó esta condición? | No                    | No lo sé              |
|--|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?   | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, incluso al usar lentes?   | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir las escaleras?   | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?   | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?  | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. ¿Tiene serias dificultades para aprender a hacer las cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?   | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. Usando su lenguaje normal (habitual), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender o ser entendido(a) por otros)?                          | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para atender mandados solo(a), como por ejemplo visitar la oficina de un médico o ir de compras? | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| I. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: estado de ánimo, sentimientos intensos, control de su comportamiento o experimenta delirios o alucinaciones?               | <input type="radio"/> | _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | No entiendo lo que se pregunta                             |                       |                       |
|  | <input type="radio"/> | No entiendo lo que se pregunta                             |                       |                       |

**Muchas gracias por ayudarnos a mejorar los servicios de salud en todo el estado de Oregón!**

En agradecimiento por su participación, **nos gustaría enviarle un código de regalo de Amazon por \$5.**

Podemos enviarle su código por e-mail o mensaje de texto. Si desea recibir su código de regalo, por favor proporciónenos su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil y le enviaremos su código dentro de las 4 semanas posteriores a recibir su encuesta completa.

**Por favor, escriba claramente.**

|                      |  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| Dirección de e-mail: |  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
| <b>OR</b>            |  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
| Número de teléfono:  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |

Si no recibe su código de regalo de Amazon por \$5 dentro de las 6 semanas, por favor contáctenos al 855-276-3503 o escriba a [support@oradulthealth.com](mailto:support@oradulthealth.com).