



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 sólidas 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.

¡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

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)			

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)

39. ¿Puede conectarse con su herencia cultural tanto como le gustaría?

- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)

40. ¿Tiene tantas oportunidades como desearía de usar el idioma como una identidad cultural compartida?

- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)

41. ¿Siente un sentido de propósito espiritual o personal?

- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)

- #### 42. ¿Con qué frecuencia se siente solo(a)?

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

43. ¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

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

44. Por favor, comparta cualquier comentario que tenga sobre las preguntas 32-43. Estamos probando estos ítems y nos gustaría saber si le resultaron fáciles o difíciles de responder.

Las siguientes preguntas son sobre juego, para que podamos comprender mejor la relación entre el juego problemático y otros problemas de salud pública. El juego implica apostar o arriesgar cualquier cosa de valor en un juego o evento para poder ganar dinero o algo de valor.

45. ¿En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia apostó en eventos deportivos, incluyendo apuestas en juegos profesionales o universitarios, apuestas durante el juego, deportes de fantasía, apuestas en eSports o apuestas con amigos sobre los resultados de un evento deportivo?

- 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)

- 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

56. ¿Es transgénero?

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

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	Hispano y latino/a/x	Asiática
<input type="radio"/> Indio americano <input type="radio"/> Nativo de Alaska <input type="radio"/> Canadiense, Inuit, Metis o Primera Nación <input type="radio"/> Indígenas mexicanos, centroamericanos o sudamericanos <input type="radio"/> Otro indígena americano o nativo de Alaska	<input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Cubano(a) <input type="radio"/> Puertorriqueño(a) <input type="radio"/> Dominicano(a) <input type="radio"/> Salvadoreño(a) <input type="radio"/> Guatemalteco(a) <input type="radio"/> Sudamericano <input type="radio"/> Afro-latino/a/x <input type="radio"/> Otro hispano o latinx	<input type="radio"/> Indio asiático <input type="radio"/> Camboyano(a) / Khmer <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Comunidades de Myanmar <input type="radio"/> Filipino/a <input type="radio"/> Hmong <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Laosiano <input type="radio"/> Asia meridional <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro asiático(a)
Negra y afroamericana	Judío(a)	Medio este/Norteafricano
<input type="radio"/> Afroamericano <input type="radio"/> Afrocaribeño <input type="radio"/> Etíope <input type="radio"/> Haitiano(a) <input type="radio"/> Jamaicano(a) <input type="radio"/> Nigeriano(a) <input type="radio"/> Somalí <input type="radio"/> Otro negro o africano(a) (negro)	<input type="radio"/> Ashkenazí <input type="radio"/> Sefardí <input type="radio"/> Otro judío(a)	<input type="radio"/> Egipcio(a) <input type="radio"/> Iraní <input type="radio"/> Iraquí <input type="radio"/> Iraquí <input type="radio"/> Libanés(a) <input type="radio"/> Palestino(a) <input type="radio"/> Sirio(a) <input type="radio"/> Turco(a) <input type="radio"/> Otro del Medio Oriente o del Norte de África
Blanca	Native Hawaiian or Pacific Islander	
<input type="radio"/> Inglés(a) <input type="radio"/> Alemán(a) <input type="radio"/> Irlandés(a) <input type="radio"/> Italiano(a) <input type="radio"/> Polaco(a) <input type="radio"/> Escocés(a) <input type="radio"/> Otro blanco(a)	<input type="radio"/> Chamorro <input type="radio"/> Comunidades de la Región de Micronesia <input type="radio"/> Fiyiano(a) <input type="radio"/> Marshalés <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Samoano <input type="radio"/> Tongano(a) <input type="radio"/> Otro isleño(a) del Pacífico	<input type="radio"/> No lo sé <input type="radio"/> 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: ¿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"/>
	<input type="radio"/>	No entiendo lo que se pregunta		
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		

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 proporcíonenos 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:												
OR												
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.