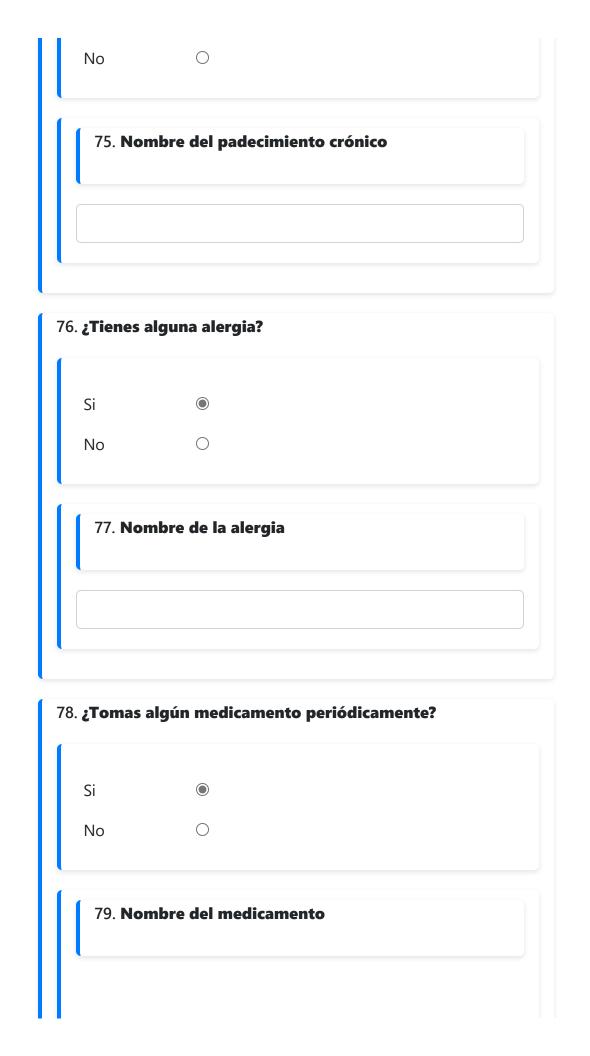
ENTREVISTA INICIAL

CONDICIONES DE SALUD

SECCIÓN - 5

7	73. Indica si pres	entas alguna de las siguientes condiciones
	Usas lentes	
	Tienes alguna deficiencia auditiva	
	Problemas de movilidad motriz	
	Ninguna de las anteriores	
	Otro:	
7	74. ¿Tienes algúr	n padecimiento crónico?
	Si	



Has reciئے .00	bido atención psicológica o psiquiátrica?	
Si		
No		
81. Mot	ivo de la atención psicológica o psiquiátri	ca
32. ¿Ha esta	do alguna vez hospitalizado(a)?	
32. ¿Ha esta c	do alguna vez hospitalizado(a)?	
	do alguna vez hospitalizado(a)?	
Si No	do alguna vez hospitalizado(a)? © cifica el motivo de la hospitalización	
Si No		
Si No		

Enviar respuestas

Regresar Cerrar sesión