Fecha de llenado: \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 202 \_\_

día mes año

Instrucciones: Complete este formulario después del consentimiento informado. Ver Manual de Procedimientos en búsqueda de instrucciones específicas, lenguajes y estándares usados en este formulario. Lea cuidadosamente cada ítem y use un bolígrafo negro para llenar los espacios en blanco presionado firmemente.

1. **¿Del 0 al 10, cuánto dolor siente actualmente? Donde 0 es ningún dolor y 10 es el máximo dolor. Marque con una x en la siguiente recta**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 10

1. **Vea el siguiente video acerca de EsSalud:**

<https://www.youtube.com/watch?v=r7XbIcXXxbQ>

1. **Respecto a lo visto en el video, ¿quiénes tienen derecho a estar afiliado a EsSalud? (Marque todas las respuestas que apliquen)**

\_\_\_ Un trabajador CAS de MINSA

\_\_\_ Un trabajador en planilla de cualquier empresa privada peruana

\_\_\_ Un prestador de servicios de terceros

\_\_\_ Un pensionista

\_\_\_ Un trabajador informal

¡Muchas gracias por responder esta encuesta!