



Encuesta Nacional de Salud de los Niños

Un estudio realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para entender mejor los problemas de salud que enfrentan actualmente los(as) niños(as) en los Estados Unidos.



La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información y no se le permite divulgar sus respuestas de manera que usted o su hogar pudieran ser identificados. La Oficina del Censo de los Estados Unidos está llevando a cabo la Encuesta Nacional de Salud de los Niños para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) en conformidad con la Sección 8(b) del Título 13, Código de los Estados Unidos, que le permite a la Oficina del Censo realizar encuestas para otras agencias. La Sección 701(a)(2) del Título 42, Código de los Estados Unidos, le permite al HHS recopilar información con el propósito de entender la salud y el bienestar de los(as) niños(as) en los Estados Unidos. Las leyes federales protegen su privacidad y mantienen confidenciales sus respuestas, en conformidad con la Sección 9 del Título 13, Código de los Estados Unidos. De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

Cualquier información que proporcione será compartida para fines relacionados con el trabajo identificado anteriormente y según lo permitido por la Ley de Privacidad de 1974 (Sección 552 del Título 5, Código de los Estados Unidos) y SORN COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de la Encuesta Demográfica (Marco Muestral de la Oficina del Censo).

La participación en esta encuesta es voluntaria y no hay sanciones por negarse a responder a las preguntas. Sin embargo, su cooperación en la obtención de esta información necesaria es de suma importancia a fin de garantizar resultados completos y precisos.

NSCH-S-S1
(04/03/2019)



Comience Aquí

Responda hoy por la Internet en: <https://respond.census.gov/nsch>

○ Llene y devuelva por correo este cuestionario tan pronto sea posible.

Gracias por ayudarnos a conocer sobre la salud y el bienestar de los(as) niños(as) de los Estados Unidos.

Si su hogar tiene niños(as) de 0 a 17 años de edad, las preguntas de esta encuesta deben ser contestadas por un adulto que esté familiarizado(a) con la salud y cuidado médico de estos(as) niños(as). Si su hogar no tiene niños(as), por favor conteste la pregunta **1** y devuelva el cuestionario.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al 1-800-845-8241. La llamada es gratuita. Para recibir ayuda relacionada con el Dispositivo Telefónico para Personas Sordas (TDD), llame al 1-800-582-8330. La llamada es gratuita.

En su casa

1 ¿Hay niños(as) de 0 a 17 años que usualmente viven o se quedan en esta dirección?

Sí

No – **NO CONTINUE.** Marque "No" y envíenos esta encuesta en el sobre adjunto. Es importante que recibamos una respuesta de cada hogar seleccionado para este estudio.

2 ¿Cuántos(as) niños(as) de 0 a 17 años de edad usualmente viven o se quedan en esta dirección?

Número de niños(as) que viven o se quedan en esta dirección

3 ¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?

Inglés

Español

Otro idioma, especifique:

4 ¿Es esta casa, apartamento o casa móvil: –

Marque (X) **UNA sola casilla.**

Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? *Incluya préstamos sobre el valor líquido de esta casa.*

Propiedad suya o de alguien en este hogar libre y sin deuda (sin una hipoteca o préstamo)?

Alquilada?

Ocupada sin pago de alquiler?

➔ Responda a las preguntas restantes para cada uno de los(as) niños(as) de 0 a 17 años de edad que usualmente viven o se quedan en esta dirección.

Comience con el (la) NIÑO(A) MÁS JOVEN, a quien llamaremos "Niño(a) 1" y continúe con el(la) siguiente niño(a) más joven hasta haber respondido las preguntas para todos(as) los(as) niños(as) que usualmente viven o se quedan en esta dirección.



NIÑO(A) 1

(el(la) más joven)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del (de la) niño(a) más joven

2 ¿Qué edad tiene este(a) niño(a)? Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------------------	------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------

3 ¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?

Masculino Femenino

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 4 sobre el origen hispano Y la pregunta 5 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

4 ¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano(a), mexicano(a) americano(a), chicano(a)
- Sí, puertorriqueño(a)
- Sí, cubano(a)
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 ¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |

6 Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario pase a la pregunta **7**.

¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este(a) niño(a) necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados para este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta o alguna otra condición de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

- Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requieren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta u otro problema de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

- Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hacen la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

- Sí No

10 ¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

- Sí No

11 ¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de conducta para el cual necesita tratamiento o consejería?

- Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de conducta, ¿ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

- Sí No



NIÑO(A) 2

(siguiente niño(a) más joven)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del (de la) siguiente niño(a) más joven

2 ¿Qué edad tiene este(a) niño(a)? Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------------------	------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------

3 ¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?

Masculino Femenino

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 4 sobre el origen hispano Y la pregunta 5 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

4 ¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano(a), mexicano(a) americano(a), chicano(a)
- Sí, puertorriqueño(a)
- Sí, cubano(a)
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 ¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |

6 Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario pase a la pregunta **7**.

7 ¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este(a) niño(a) necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados para este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requieren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta u otro problema de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hacen la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

10 ¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

11 ¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de conducta para el cual necesita tratamiento o consejería?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de conducta, ¿ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No



NIÑO(A) 3

(siguiente niño(a) más joven)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del (de la) siguiente niño(a) más joven

2 ¿Qué edad tiene este(a) niño(a)? Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------------------	------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------

3 ¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?

Masculino Femenino

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 4 sobre el origen hispano Y la pregunta 5 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

4 ¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano(a), mexicano(a) americano(a), chicano(a)
- Sí, puertorriqueño(a)
- Sí, cubano(a)
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 ¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |

6 Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario pase a la pregunta **7**.

7 ¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este(a) niño(a) necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados para este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requieren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta u otro problema de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hacen la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

10 ¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

11 ¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de conducta para el cual necesita tratamiento o consejería?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de conducta, ¿ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No



NIÑO(A) 4

(siguiente niño(a) más joven)

1 Nombre, Iniciales, o Apodo del (de la) siguiente niño(a) más joven

2 ¿Qué edad tiene este(a) niño(a)? Si el(la) niño(a) tiene menos de un mes de edad, redondee la edad de meses a 1.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses
----------------------	----------------------	------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------

3 ¿Cuál es el sexo de este(a) niño(a)?

Masculino Femenino

→ **NOTA: Responda AMBAS PREGUNTAS, la pregunta 4 sobre el origen hispano Y la pregunta 5 sobre la raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

4 ¿Es este(a) niño(a) de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano(a), mexicano(a) americano(a), chicano(a)
- Sí, puertorriqueño(a)
- Sí, cubano(a)
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

5 ¿Cuál es la raza de este(a) niño(a)? Marque (X) una o más casillas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico |

6 Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 4 años de edad. De lo contrario pase a la pregunta **7**.

7 ¿Qué tan bien habla inglés este(a) niño(a)?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- No habla inglés

7 ¿ACTUALMENTE este(a) niño(a) necesita o toma medicamentos recetados por un médico, aparte de vitaminas?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de medicamentos recetados para este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

8 ¿Necesita o utiliza este(a) niño(a) más servicios de atención médica, salud mental o educativos de los que normalmente requieren la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la necesidad de servicios de atención médica, salud mental o educativos de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta u otro problema de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

9 ¿Hay algo que le limite o le impida de alguna manera a este(a) niño(a) hacer las cosas que hacen la mayoría de los(as) niños(as) de su misma edad?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, la limitación en las capacidades de este(a) niño(a), ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

10 ¿Necesita o recibe este(a) niño(a) alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿se debe a ALGUNA condición médica, de conducta, o alguna otra condición de salud?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, ¿es ésta una condición que ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No

11 ¿Tiene este(a) niño(a) algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de conducta para el cual necesita tratamiento o consejería?

Sí No

↳ Si la respuesta es sí, este problema emocional, de desarrollo o de conducta, ¿ha durado 12 meses o se espera que dure más de 12 meses?

Sí No



→ Si hay más de cuatro niños(as) de 0 a 17 años que usualmente viven o se quedan en esta dirección, escriba el nombre, las iniciales o el apodo de cada niño(a), y también su edad y sexo.

No repita la información de los(as) niños(as) 1 a 4 ya incluidos anteriormente.

NIÑO(A) 5

(siguiente niño(a)
más joven) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO(A) 6

(siguiente niño(a)
más joven) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO(A) 7

(siguiente niño(a)
más joven) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO(A) 8

(siguiente niño(a)
más joven) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO(A) 9

(siguiente niño(a)
más joven) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino

NIÑO(A) 10

(siguiente niño(a)
más joven) ▶

Nombre, Iniciales, o Apodo

Edad

Años

O

Meses

Sexo

Masculino

Femenino



Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., queremos agradecerle por su esfuerzo y el tiempo que dedicó para compartir esta información sobre este(a) niño(a) y su familia.

Sus respuestas son importantes para nosotros y facilitarán que investigadores, personas encargadas de formular políticas públicas y defensores de la familia comprendan mejor las necesidades en materia de salud y atención médica de los(as) niños(as) de nuestra población diversa.

→ Asegúrese de que:

- Escribió todos los nombres, iniciales o apodos de los(as) niños(as) de 0 a 17 años de edad en el hogar
- Contestó todas las preguntas para cada uno(a) de los(as) niños(as) incluidos(as)

→ Coloque el cuestionario completado en el sobre con franqueo pagado. Si el sobre se ha extraviado, envíe el cuestionario por correo a:

U.S. Census Bureau
 ATTN: DCB 60-A
 1201 E. 10th Street
 Jeffersonville, IN 47132-0001

También puede llamar al **1-800-845-8241** para solicitar un sobre de reemplazo.

COPIA DE INFORMACIÓN

Estimamos que completar la Encuesta Nacional de Salud Infantil toma unos 5 minutos en promedio. Envíe sus comentarios sobre este cálculo de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Comercio de los EE.UU., Proyecto de Papelería 0607-0990, Oficina del Censo de los EE.UU., 4600 Silver Hill Road, Sala 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar comentarios por correo electrónico a DEMO.Paperwork@census.gov; usando "Paperwork Project 0607-0990" como asunto. Esta recolección ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de autorización OMB de ocho dígitos que aparece en la parte superior izquierda del formulario o en el extremo inferior izquierdo de la pantalla de acceso confirman esta autorización. Si no se mostrara este número, no podríamos realizar esta encuesta.

