

Identificación en LEO (LEO ID):
Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

LEO (Epidemiología del linfoma y resultados)
Cuestionario inicial para la inscripción
Baseline Enrollment Questionnaire - Spanish

El participante debe completarlo al momento de la inscripción
To be completed by Participant at time of Enrollment

NOMBRE DEL SITIO LEO (LEO SITE NAME)

Devolver a:

COORDINADOR DEL ESTUDIO Y/O NOMBRE DEL GRUPO (RESEARCH COORDINATOR/GROUP NAME)
DIRECCIÓN DEL COORDINADOR DEL ESTUDIO (RESEARCH COORDINATOR ADDRESS)
TELÉFONO DEL COORDINADOR DEL ESTUDIO (RESEARCH COORDINATOR PHONE)

Instrucciones: por favor responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Este cuestionario sirve sólo para la investigación y no formará parte de su expediente médico.

Identificación en LEO (LEO ID):
 Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

Fecha en que se completó el cuestionario	___/___/___ (mes/día/año)	
Dirección de e-mail		
Fecha de nacimiento	___/___/___ (mes/día/año)	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	INF. DEMOGRÁFICA
¿Es usted de origen hispano o latino?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	
¿Cuál de todos describe mejor su origen racial?	<input type="checkbox"/> Indio americano y/o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Ninguna de ellas <input type="checkbox"/> No sé mi origen racial	
¿Es usted de origen hispano o latino?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	
¿Cuánto pesa ahora?*	___ libras	INF. DEMOGRÁFICA
¿Cuánto mide ahora?*	__ pies __ pulgadas	
¿Cuánto pesaba hace un mes?*	___ libras	
¿Cuánto pesaba hace 6 meses?*	___ libras	
En las últimas 2 semanas su peso:*	<input type="checkbox"/> disminuyó <input type="checkbox"/> no cambió <input type="checkbox"/> aumentó	
Hasta el momento del diagnóstico de linfoma y/o leucemia linfode crónica, ¿le había diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o afecciones un profesional médico?		
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Cardiopatía coronaria o ataque cardíaco (incluye estent) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Enfermedad del pericardio o miocardiopatía <input type="checkbox"/> Enfermedad de las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Problemas con el ritmo cardíaco (arritmias o fibrilación auricular) <input type="checkbox"/> Otras enfermedades cardíacas	PaRC
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Diabetes	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione el tipo abajo) <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tipo desconocido	
Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> No lo sé	
Otros problemas del hígado	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique)	

Identificación en LEO (LEO ID):

INICIAL (BASELINE)

Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

	<input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad no alcohólica del hígado
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar
Herpes zóster (culebrilla)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sinusitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	<input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí
Osteoporosis (huesos frágiles)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fractura de cadera (rotura de cadera)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otras fracturas de huesos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Menopausia prematura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica
Infertilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a depresión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a ansiedad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a problemas con la memoria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT), coágulo en piernas o abdomen <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (PE), coágulo en los pulmones
¿Toma actualmente algún anticoagulante? (NO cuenta la aspirina)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (indique abajo el tipo) <input type="checkbox"/> Coumadin (warfarina) <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> enoxaparina (Lovenox) <input type="checkbox"/> dabigatrán (Pradaxa) <input type="checkbox"/> apixabán (Eliquis) <input type="checkbox"/> rivaroxabán (Xarelto) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Recibió un trasplante de órgano?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Padece un trastorno de autoinmunidad u otro trastorno inmunitario?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí (indique abajo el tipo) <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide (RA) <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico (SLE) <input type="checkbox"/> Granulomatosis de Wegner (WG) <input type="checkbox"/> Arteritis temporal <input type="checkbox"/> Vasculitis sistémica <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____

Identificación en LEO (LEO ID):
 Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

Otro diagnóstico de cáncer (NO INFORME ACERCA DEL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE LINFOMA)	
¿Tiene actualmente, o tuvo, otro tipo de cáncer? (NO EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE LINFOMA)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí (mencione abajo los detalles más recientes)
Su edad al primer diagnóstico de otro cáncer	___ ___ ___ años de edad
Tipo de cáncer	Tipo de cáncer:
¿Recibe tratamiento para otro cáncer? (NO CUENTA EL LINFOMA)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (mencione abajo el tratamiento) Marque todo lo que aplique <input type="checkbox"/> Terapia sistémica (quimioterapia, hormonoterapia, terapia dirigida) <input type="checkbox"/> Extirpación quirúrgica <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Otro, especifique:
Si hay más de un tipo de cáncer, complete esta sección.	Edad al primer diagnóstico: ___ Tipo de cáncer: _____ Edad al primer diagnóstico: ___ Tipo de cáncer: _____ Edad al primer diagnóstico: ___ Tipo de cáncer: _____

OCD

Identificación en LEO (LEO ID):
 Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

QOL Resto del cuestionario

**Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.											
	Excelente		Muy buena		Buena		Pasable		Mala		
En general, diría que su salud es	5		4		3		2		1		
En general, diría que su calidad de vida es	5		4		3		2		1		
En general, ¿cómo calificaría su salud física?	5		4		3		2		1		
En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar?	5		4		3		2		1		
En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas?	5		4		3		2		1		
En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.)	5		4		3		2		1		
	Completa-mente		En su mayoría		Moderada-mente		Un poco		Para nada		
¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?	5		4		3		2		1		
En los últimos 7 días...	Nunca		Rara vez		Algunas veces		A menudo		Siempre		
¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?	1		2		3		4		5		
	Ninguno		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		
En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?	1		2		3		4		5		
	Ningún dolor					El peor dolor imaginable					
En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor refleje lo que usted sintió respecto a esto durante la semana pasada e incluso el día de hoy.										
Su calidad de vida en general										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lo PEOR que puede ser					Lo MEJOR que puede ser					

Identificación en LEO (LEO ID):
 Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde **a los últimos 7 días.**

∴ BIENESTAR FÍSICO	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me falta energía	0	1	2	3	4
Tengo náuseas	0	1	2	3	4
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
Tengo dolor	0	1	2	3	4
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
Me veo obligado a estar en cama	0	1	2	3	4
∴ BIENESTAR SOCIAL Y/O FAMILIAR	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento cercano(a) a mis amigos	0	1	2	3	4
Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
Independientemente de su nivel de actividad sexual actual, por favor responda la siguiente pregunta. Si prefiere no responder, por favor marque esta casilla <input type="checkbox"/> y pase a la siguiente sección.					
Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4

Identificación en LEO (LEO ID):
 Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

∴ BIENESTAR EMOCIONAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento triste	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
Me preocupa morir	0	1	2	3	4
Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

En cada fila, encierre en un círculo solamente el número que indique cuán cierto ha sido cada punto para usted **en los últimos 7 días.**

∴ BIENESTAR FUNCIONAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
Duermo bien	0	1	2	3	4
Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

*** OTROS PROBLEMAS	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Siento dolor en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
Siento molestias por las protuberancias o la hinchazón que tengo en algunas partes de mi cuerpo (por ejemplo:	0	1	2	3	4

Identificación en LEO (LEO ID):
 Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

en el cuello, las axilas o la ingle)					
Tengo episodios de fiebre que me molestan	0	1	2	3	4
Tengo sudores nocturnos	0	1	2	3	4
Me molesta la comezón o picazón	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para dormir por las noches.	0	1	2	3	4
Me canso con fácilmente	0	1	2	3	4
Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
He perdido el apetito Mi apetito ha disminuido	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para concentrarme	0	1	2	3	4
Me preocupa contraer infecciones	0	1	2	3	4
Me preocupa que se presenten síntomas nuevos asociados con mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento aislado(a) de otras personas debido a mi enfermedad o al tratamiento	0	1	2	3	4
Tengo altas y bajas emocionales	0	1	2	3	4
Debido a mi enfermedad, me resulta difícil hacer planes para el futuro	0	1	2	3	4

Δ Comparado frente a otras personas de su misma edad, en general, usted diría que su salud es:	<input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Excelente
--	---

Δ¿Cuán difícil es para usted, en promedio, realizar las siguientes actividades físicas? (Seleccione una respuesta por pregunta).					
	Sin dificultad	Un poco de dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo
Encorvarse, ponerse de cuclillas o arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar o cargar objetos que pesen hasta 10 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar algo o extender los brazos por encima de los hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribir, manipular o agarrar objetos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar un cuarto de milla (40 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar trabajos domésticos pesados, como fregar pisos o lavar ventanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Δ Debido a su salud o estado físico, ¿tiene usted dificultad para realizar algo de lo siguiente?	
Comprar cosas personales (como medicamentos o	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí → ¿Le ayuda alguien con las compras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Identificación en LEO (LEO ID):

INICIAL (BASELINE)

Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

artículos de higiene personal)	<input type="checkbox"/> No lo sé → ¿Es debido a su salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Administrar el dinero (como llevar la cuenta de los gastos y pagar facturas)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí → ¿Le ayuda alguien a administrar el dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé → ¿Es debido a su salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Caminar por una habitación. PUEDE USAR UN BASTÓN o UN ANDADOR	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí → ¿Le ayuda alguien a caminar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé → ¿Es debido a su salud?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Realizar trabajos domésticos ligeros (como lavar platos, arreglar la casa o limpiar un poco)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí → ¿Le ayuda alguien con el trabajo doméstico ligero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé → ¿Es debido a su salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí → ¿Le ayuda alguien a bañarse o ducharse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé → ¿Es debido a su salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*INGESTA ALIMENTARIA: Comparado frente a lo que como normalmente, diría que en el último mes mi ingesta fue:	<input type="checkbox"/> sin cambios <input type="checkbox"/> más de lo normal <input type="checkbox"/> menos de lo normal																
Actualmente, yo ingiero:	<input type="checkbox"/> comida normal, pero menos de la cantidad normal <input type="checkbox"/> un poco de comida sólida <input type="checkbox"/> solamente líquidos <input type="checkbox"/> solamente suplementos nutricionales <input type="checkbox"/> muy poquito de todo <input type="checkbox"/> solamente alimentación por sonda o nutrición por la vena																
*SÍNTOMAS: He tenido los siguientes problemas que me han impedido comer suficiente en las últimas dos semanas (marque todo lo que aplique)	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no tengo problemas para comer</td> <td><input type="checkbox"/> dolor: ¿dónde? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> náuseas</td> <td><input type="checkbox"/> vómito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> estreñimiento</td> <td><input type="checkbox"/> diarrea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> llagas en la boca</td> <td><input type="checkbox"/> boca seca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sin apetito, sin ganas de comer</td> <td><input type="checkbox"/> los olores me molestan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> la comida sabe distinto o no tiene sabor a nada</td> <td><input type="checkbox"/> siento llenura pronto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> problemas para tragar</td> <td><input type="checkbox"/> cansancio</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> otro: _____</td> </tr> </table> <p>(ejemplos: depresión, dinero, problemas dentales)</p>	<input type="checkbox"/> no tengo problemas para comer	<input type="checkbox"/> dolor: ¿dónde? _____	<input type="checkbox"/> náuseas	<input type="checkbox"/> vómito	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> llagas en la boca	<input type="checkbox"/> boca seca	<input type="checkbox"/> sin apetito, sin ganas de comer	<input type="checkbox"/> los olores me molestan	<input type="checkbox"/> la comida sabe distinto o no tiene sabor a nada	<input type="checkbox"/> siento llenura pronto	<input type="checkbox"/> problemas para tragar	<input type="checkbox"/> cansancio		<input type="checkbox"/> otro: _____
<input type="checkbox"/> no tengo problemas para comer	<input type="checkbox"/> dolor: ¿dónde? _____																
<input type="checkbox"/> náuseas	<input type="checkbox"/> vómito																
<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> diarrea																
<input type="checkbox"/> llagas en la boca	<input type="checkbox"/> boca seca																
<input type="checkbox"/> sin apetito, sin ganas de comer	<input type="checkbox"/> los olores me molestan																
<input type="checkbox"/> la comida sabe distinto o no tiene sabor a nada	<input type="checkbox"/> siento llenura pronto																
<input type="checkbox"/> problemas para tragar	<input type="checkbox"/> cansancio																
	<input type="checkbox"/> otro: _____																
*ACTIVIDADES y FUNCIONAMIENTO: En el último mes, en general calificaría mi actividad como:	<input type="checkbox"/> normal, sin ninguna limitación <input type="checkbox"/> no es igual que siempre, pero puedo realizar las actividades más normales <input type="checkbox"/> no puedo hacer la mayoría de cosas y paso en cama o en una silla más de la mitad del día <input type="checkbox"/> puedo realizar muy poca actividad y paso la mayor parte del día en la cama o en una silla <input type="checkbox"/> estoy básicamente confinado a la cama y rara vez me levanto																

*Evaluación total, subjetiva, generada por el paciente y puntuada (PG-SCA) ©FD Ottery 2005, 2006, 2015 v3.22.15

**© 2008-2012 Organización de Salud PROMIS y Grupo Cooperativo PROMIS

***FACTLYM inglés (universal) 16 de noviembre de 2007 Derechos de autor 1987, 1997

∴ FACTG inglés (universal) 16 de noviembre de 2007 Derechos de autor 1987, 1997

Δ Encuesta para adultos vulnerables (VES-13) © 2001 R

Identificación en LEO (LEO ID):
Identificación del sitio de LEO (LEO SITE ID):

INICIAL (BASELINE)

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario.

Si en algún momento tiene preguntas, por favor comuníquese con nosotros al: **LEO SITE
PHONE NUMBER**