



[Empty rounded rectangular box]

[Empty rounded rectangular box]

SI [checkbox] [checkbox] [checkbox]



[checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox]



SI [checkbox] [checkbox] [checkbox]

[checkbox] [checkbox] [checkbox]

SI [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox]

[checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox]



SI DESEA OBTENER ASESORAMIENTO DE OTRA FUENTE Y NO ESTA SEGURO DE COMO DECIRSELO A SU CLINICO...

[checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox] [checkbox]