



Congenital Heart Survey To Recognize Outcomes, Needs, and well-being

Encuesta Cardíaca Congénita para Reconocer los Resultados, las Necesidades y el Bienestar

[ID STICKER HERE]

INFORMACIÓN BÁSICA

Toda la información que nos dé será confidencial. Puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder.

1. ¿Es usted la persona a quien iba dirigida la carta de presentación?

- Sí → *Pase a #4 en la página 2*
 No

2. ¿Cuál es su relación con la persona a quien iba dirigida la carta de presentación?

- Pareja/Cónyuge
 Hermano(a)
 Padre o madre
 Otro familiar
 Cuidador sin parentesco
 Otra (*por favor especifique*):

3. ¿Cuál es la principal razón por la que esta persona no puede completar el cuestionario?

- Falleció → *Pase a #75 en la página 14*
 Incapacidad física
 Incapacidad mental
 No está disponible
 Otra (*por favor especifique*):

4. Como se explica en la carta que recibí con esta encuesta, lo estamos contactando para esta encuesta porque nuestros registros muestran que usted tiene un defecto cardíaco congénito, o sea que nació con un problema en el corazón. Quisiéramos hacerle algunas preguntas sobre su problema del corazón.

Si está completando este cuestionario por la persona a la que iba dirigida esta carta (la persona que tiene un problema del corazón), por favor responda a todas las preguntas con información acerca de esa persona solamente.

¿Cuál es el nombre del problema del corazón con el que nació? Marque todas las respuestas que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atresia pulmonar | <input type="checkbox"/> Tetralogía de Fallot (TDF) |
| <input type="checkbox"/> Atresia tricúspide | <input type="checkbox"/> Transposición de las grandes arterias (TGA) |
| <input type="checkbox"/> Coartación de la aorta | <input type="checkbox"/> Tronco arterial |
| <input type="checkbox"/> Comunicación atrioventricular (CAVC) o defecto del canal atrioventricular (canal AV) | <input type="checkbox"/> Válvula aórtica bicúspide |
| <input type="checkbox"/> Comunicación interauricular (CIA) | <input type="checkbox"/> Ventrículo único (doble entrada del ventrículo izquierdo) |
| <input type="checkbox"/> Comunicación interventricular (CIV) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor dé el nombre): |
| <input type="checkbox"/> Conducto arterial persistente (CAP) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de la válvula aórtica | <input type="checkbox"/> No sabe/no está seguro |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de la válvula pulmonar | <input type="checkbox"/> No sabe que tenga un problema del corazón (por favor conteste las demás preguntas lo mejor que pueda) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (SCIH) | |

OPERACIONES

Ahora, le vamos a preguntar acerca de todas las operaciones del corazón que le hayan hecho. Las operaciones del corazón dejan cicatrices en el centro del pecho, al lado o en la espalda. Las operaciones realizadas después de la primera pueden dejar una cicatriz que se confunda con la inicial o dejar otra cicatriz.

5. ¿Le han hecho alguna operación por el problema del corazón con el que nació?

- Sí
- No → **Pase a #10 en la página 3**
- No sabe/no está seguro → **Pase a #10 en la página 3**

Aproximadamente, ¿cuántas operaciones del corazón le han hecho durante cada uno de los siguientes periodos? Dé el número o marque la casilla que corresponda.

	# de operaciones del corazón (escriba "0" si no le han hecho operaciones del corazón)	Le hicieron operaciones del corazón pero no sabe cuántas	No sabe/no está seguro
6. Cuando tenía menos de 1 año	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando tenía entre 1 y 5 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cuando tenía entre 6 y 17 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Desde que cumplió 18 años	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEGURO DE SALUD

Las siguientes preguntas se refieren al seguro médico. Al responder, piense en seguro de salud obtenido mediante el trabajo o comprado directamente, al igual que en los programas gubernamentales como Medicare y Medicaid, los cuales proporcionan atención médica o ayudan a pagar los gastos médicos.

10. ¿Tiene cobertura de seguro médico o de algún otro plan de atención médica?

Sí

No → **Pase a #13 en la página 4**

No sabe/no está seguro → **Pase a #13 en la página 4**

11. ¿Qué clase de seguro médico o cobertura de atención médica tiene? Incluya los planes que pagan solo por un tipo de servicio (atención en un hogar de ancianos, atención en caso de accidentes o atención dental). Excluya los planes privados que solo proveen dinero en efectivo extra cuando se está hospitalizado. Si tiene más de un tipo de seguro de salud, marque todas las respuestas que correspondan.

<input type="checkbox"/> Seguro de salud privado	<input type="checkbox"/> Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Plan de salud patrocinado por el estado
<input type="checkbox"/> Medi-gap	<input type="checkbox"/> Otro programa gubernamental
<input type="checkbox"/> Medicaid (nombre específico en cada estado)	<input type="checkbox"/> Plan de servicio único (p. ej., dental, visión, recetas)
<input type="checkbox"/> SCHIP (CHIP/Programa de Seguro Médico para Niños)	<input type="checkbox"/> Otro (por favor dé el nombre): <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Seguro médico de las Fuerzas Armadas (Tricare/VA/CHAMP-VA)	<input type="checkbox"/> No sabe/no está seguro

12. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que no tuviera ninguna cobertura de seguro médico?

Sí

No

No sabe/no está seguro

13. Con respecto a su seguro de salud o cobertura para servicios médicos, ¿cómo se compara hoy con hace un año?

- Mejor
- Peor
- Más o menos igual
- No sabe/no está seguro

14. ¿Alguna vez le negaron un seguro médico o de vida?

- Sí
- No
- No sabe/no está seguro

15. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por discapacidad (no incluya Medicaid)?

- Sí
- No
- No sabe/no está seguro

16. ¿Alguna vez le han negado los beneficios por discapacidad (no incluya Medicaid)?

- Sí
- No
- No sabe/no está seguro

17. ¿Alguna vez no ha podido pagar o se retrasó en el pago de la atención médica, incluidos los medicamentos, las estadías en el hospital y visitas al médico?

- Sí
- No
- No sabe/no está seguro

18. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico pero no pudo hacerlo por razones económicas?

- Sí
- No
- No sabe/no está seguro

ATENCIÓN MÉDICA

La siguiente serie de preguntas se refiere a su uso de servicios de atención médica.

19. ¿A qué lugar va con más frecuencia cuando se enferma o necesita hacer consultas acerca de su salud -- a una clínica, al consultorio médico, a la sala de emergencias o a algún otro lugar? (Por favor marque el lugar al que va con más frecuencia.)

- Centro de salud o clínica
- Consultorio médico o HMO
- Sala de emergencias del hospital
- Departamento de consulta externa del hospital
- Otro lugar
- No va a un lugar con más frecuencia → **Pase a #23**
- No sabe/no está seguro → **Pase a #20**

20. En el lugar al que va con más frecuencia cuando se enferma o necesita hacer consultas acerca de su salud, ¿les ha informado que usted nació con un problema del corazón?

- Sí
- No

21. Durante los últimos 12 meses ¿ha cambiado el lugar donde va normalmente para atención médica?

- Sí
- No → **Pase a #23**
- No sabe/no está seguro → **Pase a #23**

22. ¿Está relacionado este cambio de lugar donde obtuvo atención médica por cuestión de seguro médico?

- Sí
- No
- No sabe/no está seguro

23. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha ido a la sala de emergencia de un hospital por motivo de su salud? (Esto incluye visitas a salas de emergencia resultando en admisión al hospital.)

- Ninguna
- 1
- 2-3
- 4-5
- 6-7
- 8-9
- 10-12
- 13-15
- 16 o más
- No sabe/no está seguro

24. Durante los últimos 12 meses, ¿en cuántas ocasiones distintas ha pasado al menos una noche en el hospital por alguna razón? (Solo incluya ocasiones en que fue internado en el hospital. No incluya ocasiones en que pasó la noche en la sala de emergencias).

Ninguna → *Pase a #26*

1

2-3

4-5

6-7

8-9

10-12

13-15

16 o más

No sabe/no está seguro

25. De estas ocasiones en que se quedó en el hospital por al menos una noche en los últimos 12 meses, ¿cuántas fueron debido a su problema con el corazón o a complicaciones relacionadas con ese problema?

Ninguna

1

2-3

4-5

6-7

8-9

10-12

13-15

16 o más

26. En los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántas veces ha ido al consultorio de algún proveedor de atención médica, como un médico, enfermero(a) o auxiliar médico, por algún motivo relacionado con su salud? No incluya a los dentistas.

Ninguna → *Pase a #28 en la página 7*

1

2-3

4-5

6-7

8-9

10-12

13-15

16 o más

MÉDICOS DEL CORAZÓN

Las siguientes preguntas son acerca de visitas a un médico del corazón (cardiólogo) o a un centro cardiológico.

27. ¿Cuántas visitas a un proveedor de atención médica en los últimos 12 meses fueron con un médico del corazón o cardiólogo o a un centro cardiológico (clínica que solo atiende a pacientes con problemas del corazón)?

Por favor escriba una cifra (escriba "0" si no tuvo ninguna visita a un médico del corazón o cardiólogo o a un centro cardiológico)

28. ¿Cuándo fue la última vez que vio a un médico del corazón?

- Hace menos de 1 año
- Hace 1 a 2 años
- Hace 3 a 5 años
- Hace más de 5 años → *Pase a #30*
- Nunca ha visto a ninguno → *Pase a #30*

29. ¿Quiénes son la mayoría de los pacientes que su médico del corazón principal ve por lo general?

- Niños y adolescentes (cardiólogo pediatra)
- Adultos que han tenido su problema del corazón desde el nacimiento (cardiólogo de defectos cardiacos congénitos en adultos)
- Adultos (cardiólogo de adultos)

Pase a # 31

30. Si no ha visto a un médico del corazón en los últimos 5 años ni nunca, ¿cuál fue la razón? *Marque todas las respuestas que correspondan.*

- Me sentía bien
- No pensé que necesitaba ver a un médico del corazón
- El doctor me dijo que ya no necesitaba ver a un médico del corazón
- Mis padres dejaron de llevarme
- Cambié de seguro o me quedé sin seguro médico
- Me mudé a otra ciudad o localidad
- No me gustó mi médico del corazón
- No pude encontrar un médico del corazón
- Otra

31. Cuando era adolescente o adulto joven, ¿alguna vez un proveedor de atención médica habló con usted de la necesidad de que siguiera viendo a un médico del corazón por el resto de su vida?

- Sí
- No

SALUD GENERAL

Las preguntas siguientes son acerca de su salud física y mental y de sus interacciones con los demás.

32. ¿Alguna vez un médico u otro trabajador de la salud le ha dicho que tiene algunas de las siguientes condiciones? (Marque todas las respuestas que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes o diabetes de azúcar
<input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño
<input type="checkbox"/> Cáncer o algún tumor maligno

<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva
<input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas o latidos irregulares del corazón
<input type="checkbox"/> Trastorno del estado de ánimo o depresión
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón (también llamado infarto del miocardio) | <input type="checkbox"/> Un derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Una úlcera (estomacal, duodenal o úlcera péptica)
<input type="checkbox"/> Artritis, gota, lupus, o fibromialgia
<input type="checkbox"/> Hipertensión, también llamado alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Otra (<i>por favor especifique</i>):
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
|---|--|

Marque la casilla que corresponda a su respuesta para las preguntas 33 – 38.

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
33. En general, diría que su salud es:	<input type="checkbox"/>				
34. En general, diría que su calidad de vida es:	<input type="checkbox"/>				
35. En general, ¿cómo calificaría su salud física?	<input type="checkbox"/>				
36. En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos son su estado de ánimo y su capacidad para pensar?	<input type="checkbox"/>				
37. En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas?	<input type="checkbox"/>				
38. En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto incluye las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, esposo/a, empleado/a, amigo/a, etc.)?	<input type="checkbox"/>				

39. ¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?

- Completamente
- En su mayoría
- Moderadamente
- Un poco
- Para nada

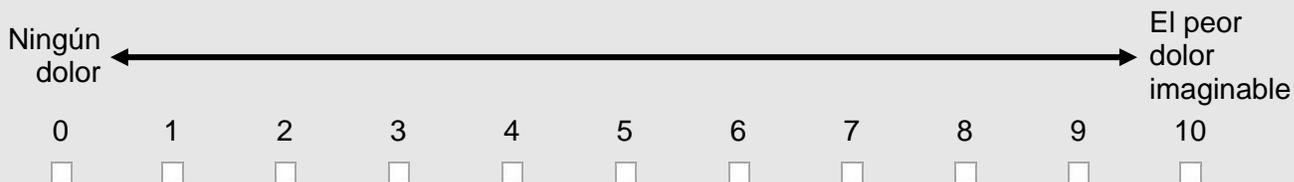
40. **En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo
- Siempre

41. **En los últimos 7 días, en promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?**

- Ninguno
- Leve
- Moderado
- Intenso
- Muy intenso

42. **En los últimos 7 días, en promedio, ¿cómo calificaría su dolor? Marque la casilla que corresponda a su respuesta.**



Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque la casilla que corresponda a su respuesta.

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
43. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con la siguiente serie de preguntas, queremos saber si tiene afecciones físicas, mentales o emocionales que le hacen muy difíciles sus actividades cotidianas.

45. **¿Está sordo o tiene alguna dificultad seria para oír?**

- Sí
- No

46. **¿Está ciego o tiene alguna dificultad seria para ver, aunque use lentes?**

- Sí
- No

47. **Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades serias para concentrarse, recordar o tomar decisiones?**

- Sí
- No

48. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?

- Sí
 No

49. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

50. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer cosas por si solo, tales como visitar el consultorio médico o ir de compras?

- Sí
 No

Por favor califique qué tan preocupado está acerca de lo siguiente.

	Para nada preocupado	No está muy preocupado	Algo preocupado	Muy preocupado
51. Su salud en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Su capacidad de tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. La salud de su <u>corazón</u> en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. ¿Ha completado una directiva anticipada de atención médica (*advance health care directive*), un testamento vital (*living will*), o ha otorgado un poder para que lo representen con respecto a su atención médica?

- Sí
 No
 No sabe/no está seguro

ESTATURA Y PESO

Las preguntas 55 – 57 son acerca de su estatura y peso.

55. ¿Cuánto mide sin zapatos?

Estatura en pies y pulgadas (*por favor dé una cifra*) ft. in.

56. ¿Cuánto pesa sin ropa ni zapatos? Si está embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?

Peso en libras (*por favor dé una cifra*) libras

57. ¿Cuánto es lo máximo que ha pesado en su vida? (No incluya las veces que estuvo embarazada.)

Peso en libras (*por favor dé una cifra*) libras

SALUD REPRODUCTIVA

Esta sección es solo para mujeres. Si usted es hombre, pase a #65 en la página 12.

Ahora les preguntaremos acerca de su salud reproductiva en relación con su problema del corazón y cualquier embarazo que hayan tenido o planeen tener.

58. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro trabajador de la salud ha hablado con usted acerca de preocupaciones especiales respecto a quedar embarazada debido a su problema del corazón?

- Sí
 No

59. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro trabajador de la salud le ha aconsejado evitar embarazarse debido a su problema del corazón?

- Sí
 No

60. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud ha hablado con usted acerca de los métodos anticonceptivos más seguros para usar debido a su problema del corazón?

- Sí
 No

61. ¿Alguna vez ha pospuesto o evitado quedar embarazada debido a preocupaciones por su salud relacionadas con su problema del corazón?

- Sí
 No

62. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

- Sí
 No → *Pase a #65 en la página 12*
 No sabe/no está seguro → *Pase a #65 en la página 12*

63. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Por favor escriba una cifra

64. ¿Cuántas veces ha dado a luz?

Por favor escriba una cifra (escriba "0" si nunca ha dado a luz)

CONFIRMACIÓN DEL REGISTRO

Ahora quisiéramos confirmar la información que tenemos en nuestros registros y entender de qué manera las personas que completaron la encuesta se diferencian de otras que nacieron con un problema del corazón. Al igual que con todas las preguntas de esta encuesta, toda la información que nos dé será confidencial. Puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder. Si usted no es la persona a quien iba dirigida la carta, por favor responda solamente con información acerca del destinatario (o sea, la persona a quien iba dirigida la carta de presentación).

65. ¿Se considera hispano o latino?

- Sí
- No

66. ¿De qué raza o razas se considera? *Se puede escoger una o más de las categorías.*

- Indoamericano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- Blanco

67. ¿Cuántas veces ha estado casado (o ha vivido como si estuviera casado)?

Por favor escriba una cifra (escriba "0" si nunca ha estado casado ni ha vivido como si estuviera casado)

EDUCACIÓN Y HISTORIAL LABORAL

Las preguntas 68 – 73 son acerca de su educación y antecedentes de trabajo.

68. ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que esta persona ha completado?

- Nunca fue a la escuela o solo fue a kínder
- Menos de 9.º grado
- 9.º a 12.º grado, sin diploma
- Graduado de la preparatoria, con GED o equivalente
- Algunos estudios universitarios, sin título
- Título de carrera corta (*Associate degree*)
- Título universitario o licenciatura
- Posgrado o título profesional
- No sabe/no está seguro

69. En la escuela primaria, secundaria, o preparatoria, ¿estuvo alguna vez en un programa de educación especial? *Marque todas las respuestas que correspondan.*

- Educación especial
- Nivel avanzado
- Educación en casa (*homebound education*)
- No ha estado en ninguno de estos programas → *Pase a #71 en la página 13*
- No sabe/no está seguro → *Pase a #71 en la página 13*

**70. Si estuvo en un programa de educación especial, ¿en qué grados estaba en ese momento?
Marque todas las respuestas que correspondan.**

- Kínder a 3.^{er} grado
- 4.º a 6.º grado
- 7.º a 12.º grado
- No sabe/no está seguro

**71. Durante los últimos 12 meses, ¿trabajó con remuneración en un empleo o con un negocio?
Marque todas las respuestas que correspondan.**

- Sí, empleado de tiempo completo
- Sí, empleado de tiempo parcial
- No

72. ¿Su salud le ha impedido servir en las fuerzas armadas o hacer el tipo de trabajo que usted quiere?

- Sí
- No
- Todavía está en la escuela

73. Durante los últimos 12 meses, aproximadamente, ¿cuántos días faltó al trabajo o a la escuela debido a enfermedad?

- Por favor escriba una cifra (escriba "0" si no faltó a la escuela o al trabajo debido a enfermedad en los últimos 12 meses)
- No voy a la escuela ni tengo un trabajo remunerado

74. Para planificación en el futuro, ¿qué tipo de información o ayuda cree que debería haber disponible para las personas que nacen con problemas del corazón?

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Finalmente, quisiéramos tener un poco de información sobre usted para confirmar nuestros registros. Si usted no es la persona a quien iba dirigida la carta, por favor responda solamente con información acerca del destinatario (o sea, la persona a quien iba dirigida la carta de presentación).

75. ¿Qué nombre se le dio al nacer? Por favor escriba su nombre y apellidos.

(en letra de imprenta)

76. Si su nombre ha cambiado, ¿cuál es su nombre actual? Por favor escriba su nombre y apellidos.

(en letra de imprenta)

77. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Mes

Día

Año

Queremos agradecerle de nuevo por participar en este estudio. A medida que el estudio avance, nos gustaría proporcionarle actualizaciones acerca de lo que vayamos sabiendo. Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) podrían realizar encuestas similares en el futuro y quisiéramos ofrecerle la oportunidad de participar. Por favor recuerde que, si usted proporciona su información de contacto ahora, puede cambiar de opinión y dejar de participar en el futuro.

78. Si quisiera recibir actualizaciones periódicas acerca del avance y los resultados de esta encuesta, por favor proporcione su dirección de correo electrónico. Dirección

de correo electrónico
(en letra de imprenta)

79. ¿Podemos contactarlo en el futuro para que participe en encuestas similares?

Sí

No → *Pase al final*

80. Por favor proporcione su dirección postal o su dirección de correo electrónico, dependiendo de cómo quisiera que lo contactemos. (en letra de imprenta)

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

81. Nos ayudaría si pudiera darnos el nombre y la dirección de alguien que pueda darnos su nueva dirección en caso de que decida mudarse en el futuro. Solamente nos comunicaremos con esta persona para su nueva dirección si no podemos contactarlo a usted en la dirección de su casa o a través del correo electrónico. (en letra de imprenta)

Nombre

Calle

Cuidad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Gracias por su tiempo. Realmente apreciamos su participación.

[ID STICKER HERE]

Por favor devuelva este formulario en el sobre provisto con franqueo pagado. Si ha perdido su sobre, por favor devuélvalo a:

Centers for Disease Control and Prevention
4770 Buford Hwy
Mailstop E-86 (Attn: Sherry Farr)
Atlanta, GA 30341

Si tiene alguna pregunta o comentario, por favor visite nuestro sitio web:

www.chstrong.org

o contacte:

el(la) coordinador(a) del proyecto de CH STRONG al
info@chstrong.org o (800) 586-5505

Se estima que la carga pública reportada para recopilar esta información es en promedio 20 minutos, incluido el tiempo para completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información incluidas sus sugerencias para reducir la carga del tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road, NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333: Atención: PRA (0920-1122).