
Hola.

Hay algunas preguntas que debo hacer para ayudar a planificar la atención para usted o su familiar.

Spanish

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

Las preguntas ya han sido escritas. Le daremos opciones de respuestas para la mayoría de las preguntas. Le solicitamos que señale o escriba la respuesta, de modo que podamos comenzar a planificar su atención. Si no tiene certeza respecto de una pregunta o no sabe cómo responderla, señale "No estoy seguro" en la hoja.

Spanish

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions. Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or how to answer the question, please point to "Not sure" on the sheet.

¿Me puede decir su nombre?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Can you tell me your name?

No Not sure Yes

¿Puede escribir su nombre en esta hoja?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Can you write your name on this paper for me?

No Not sure Yes

¿Vino solo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Did you come here alone?

No Not sure Yes

¿Lo acompañan otros familiares o amigos?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have other family member or friends with you?

No Not sure Yes

Si la respuesta es “Sí”, ¿puede decirme o escribir sus nombres y edades?

No No estoy seguro Sí



Spanish

If yes, can you tell me or write their names and ages?

No Not sure Yes

¿Es usted la persona que necesita ayuda con la atención?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Are you the person that needs help with care?

No Not sure Yes

Si la respuesta es “No”, escriba los nombres de las personas que la necesitan.

No estoy seguro

Spanish

If not, please write their name.

Not sure

¿Cuál es su relación con esta persona?

- | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre/madre | <input type="checkbox"/> Pareja |
| <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Otro familiar |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Amigo o vecino |
| <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> No hay relación |
| <input type="checkbox"/> Hermano o hermana | |

Spanish

How are you related to this person?

- | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Partner |
| <input type="checkbox"/> Guardian | <input type="checkbox"/> Other family member |
| <input type="checkbox"/> Spouse | <input type="checkbox"/> Friend or Neighbor |
| <input type="checkbox"/> Child | <input type="checkbox"/> No relationship |
| <input type="checkbox"/> Brother or Sister | |

Las siguientes preguntas son sobre la persona que necesita atención. Si usted responde en nombre de esa persona, asegúrese de que las respuestas sean acerca de esa persona.

Por ejemplo, si usted responde por su hijo y la pregunta es sobre la “edad”, usted debe indicar la edad de ese hijo que necesita atención, no la suya.

Spanish

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.

For example, if you are answering for your child and the question is “age”, you would give the age of your child needing care, not your age.

Edad

Dígamela o escriba el número.

No estoy seguro

Spanish

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

Dirección

Dígame su dirección, muéstreme algo donde aparezca, o bien escríbala.

No estoy seguro

Spanish

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

¿Tiene alguna preocupación médica o de salud en este momento?

No No estoy seguro Sí

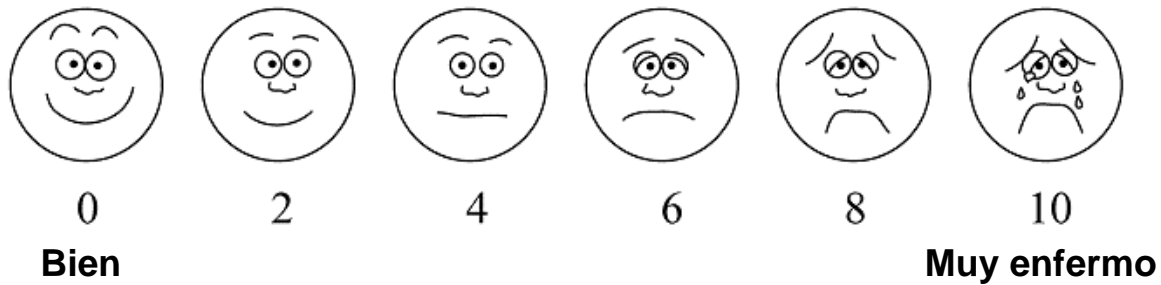


Spanish

Do you have a medical or health concern right now?

No Not sure Yes

¿Cómo se siente físicamente?



No estoy seguro

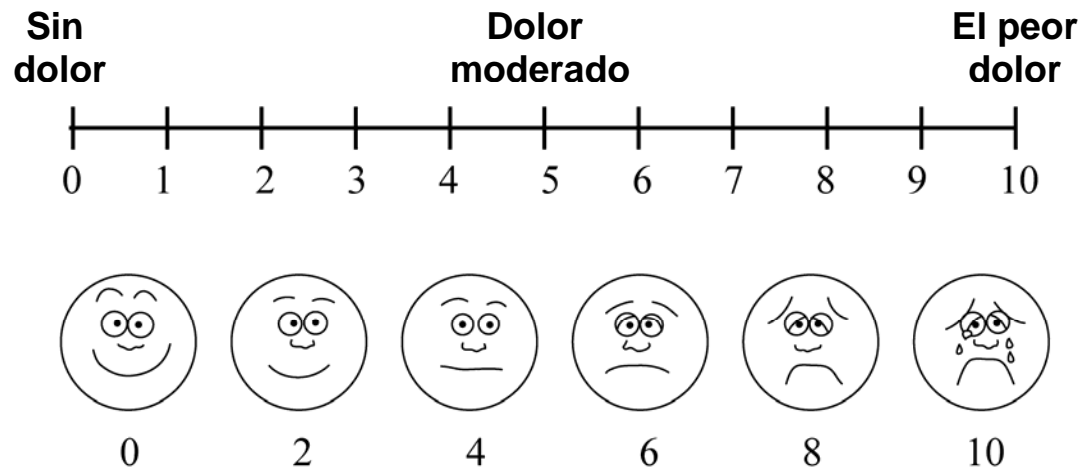
Spanish

How are you feeling physically?

Fine Very Ill

Not Sure

¿Cuánto dolor siente en este momento?



No estoy seguro

Spanish

How much pain are you in right now?

No Pain Moderate Pain Worst Pain

Not Sure

¿Puede señalar la parte del cuerpo en que siente dolor?

No No estoy seguro Sí



Si la respuesta es “Sí”, muéstremela.

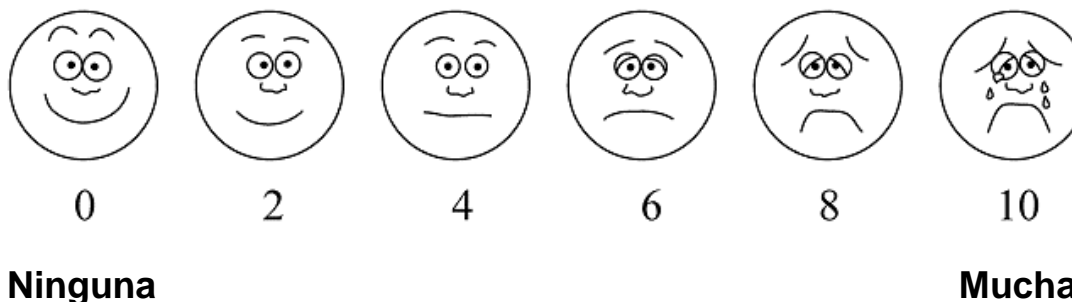
Spanish

Can you point to the part of the body where you have pain?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

Algunas personas sufren de angustia mental, como tristeza, confusión o ira. ¿Podría indicar el grado de angustia mental que tiene en este momento?



No estoy seguro

Spanish

Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?

None

Very Much

Not Sure

¿Está en peligro o está hiriéndose a sí mismo o a otra persona en este momento?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

No Not sure Yes

¿Necesita algún medicamento, equipo u otros artículos para la vida diaria?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

No Not sure Yes

¿Necesita un proveedor de cuidados o tiene un asistente personal?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

No Not sure Yes

**¿Se encuentra aquí su proveedor de cuidados y
planifica quedarse con usted?**

No No estoy seguro Sí



Spanish

Is your caregiver here and planning to stay with you?

No Not sure Yes

Nombre del proveedor de cuidados:

Dígame su nombre o escríbalo.

No estoy seguro

Spanish

Your caregiver's name:

Please tell me or write the name.

Not Sure

¿Tiene un animal de servicio?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have a service animal?

No Not sure Yes

¿Se encuentra el animal de servicio con usted?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Is the service animal with you?

No Not sure Yes

Si la respuesta es “No”, ¿sabe dónde se encuentra?

No No estoy seguro Sí



Spanish

If no, do you know where the animal is?

No Not sure Yes

¿Recibe algún beneficio de Medicare o Medicaid?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

No Not sure Yes

¿Tiene su tarjeta consigo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have your card with you?

No Not sure Yes

**¿Tiene alguna alergia a los alimentos,
medicamentos u objetos a su alrededor?**

No No estoy seguro Sí


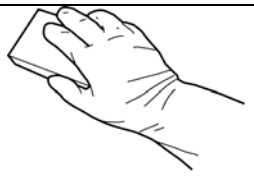

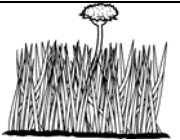
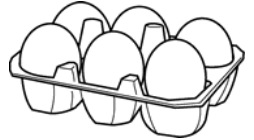
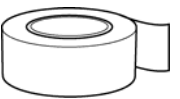
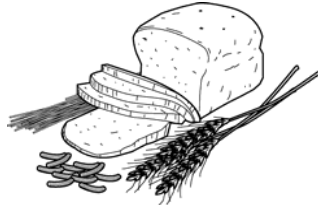


Spanish

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

No Not sure Yes

Indíqueme a cuáles de los elementos de esta lista es alérgico.


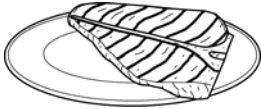

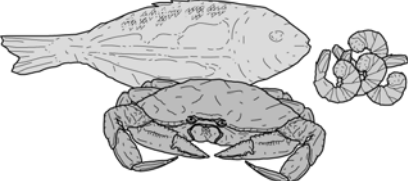
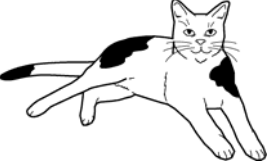

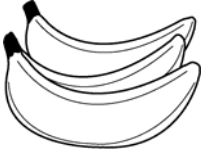
<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Frutos secos o mantequilla de maní 
<input type="checkbox"/> Látex 	<input type="checkbox"/> Leche 
<input type="checkbox"/> Césped 	<input type="checkbox"/> Huevos 
<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva 	<input type="checkbox"/> Trigo o gluten 

Spanish

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Nuts or peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Milk |
| <input type="checkbox"/> Grass | <input type="checkbox"/> Eggs |
| <input type="checkbox"/> Tape | <input type="checkbox"/> Wheat or gluten |

Indíqueme a cuáles de los elementos de esta lista es alérgico.

<input type="checkbox"/> Polen de los árboles 	<input type="checkbox"/> Carne de res 
<input type="checkbox"/> Polvo 	<input type="checkbox"/> Pescados o mariscos 
<input type="checkbox"/> Pelo de animales 	<input type="checkbox"/> Champiñones 
<input type="checkbox"/> Plátanos 	<input type="checkbox"/> Otras cosas que no están en la lista <input type="checkbox"/> No estoy seguro

Spanish

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tree pollen | <input type="checkbox"/> Beef |
| <input type="checkbox"/> Dust | <input type="checkbox"/> Fish or shellfish |
| <input type="checkbox"/> Animal hair | <input type="checkbox"/> Mushrooms |
| <input type="checkbox"/> Bananas | <input type="checkbox"/> Other things not on this list |
| | <input type="checkbox"/> Not sure |

Si toma medicamentos, ¿de qué tipo son?

- Penicilina
- Sulfamida
- Aspirina
- Yodo
- Otros que no están en la lista
- No estoy seguro

Spanish

If medicine, what type?

- Penicillin
- Sulfa
- Aspirin
- Iodine
- Others not on this list
- Not Sure

¿Tiene o usa algún tipo de identificación médica?

No No estoy seguro Sí



Si la respuesta es “Sí”, muéstremela.

Spanish

Do you have or wear any kind of medical identification?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

El último mes, ¿ha estado en el hospital o la clínica o bajo el cuidado de un médico?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

No Not sure Yes

Si la respuesta es “Sí”, ¿para qué?

- | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Control | <input type="checkbox"/> Por problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Para obtener medicamentos | <input type="checkbox"/> Para someterse a una cirugía |
| <input type="checkbox"/> Para realizarse exámenes | <input type="checkbox"/> Por tener la presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Por problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Otro motivo |
| <input type="checkbox"/> Por dolor | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |

Spanish

If yes, what for?

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Check up | <input type="checkbox"/> For stomach problems |
| <input type="checkbox"/> To get medicine | <input type="checkbox"/> For surgery |
| <input type="checkbox"/> For tests | <input type="checkbox"/> For high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> For heart problems | <input type="checkbox"/> Other reason |
| <input type="checkbox"/> For pain | <input type="checkbox"/> Not Sure |

¿Me puede decir en qué hospital o clínica?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

Spanish

Can you tell me which hospital or clinic?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

¿Me puede decir en qué hospital o clínica?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

Spanish

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

¿Me puede decir en qué hospital o clínica?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Centro de salud del vecindario
- Otra clínica u hospital
- No estoy seguro

Spanish

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

¿Me puede decir el nombre del médico?

Dígame el nombre, muéstremelo de una tarjeta o
escríbalo.

No estoy seguro

Spanish

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

¿Tiene una afección que requiera algún equipo o suministro médico especial?

No No estoy seguro Sí


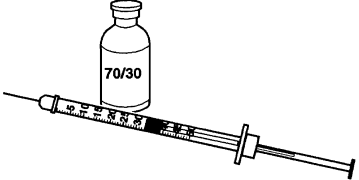
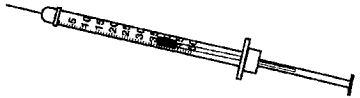

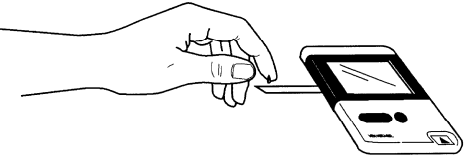
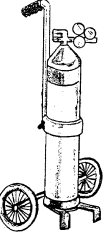
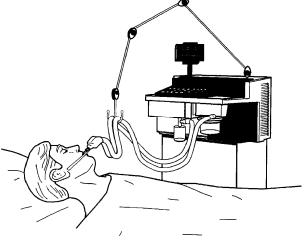




Spanish

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

No Not sure Yes

Si la respuesta es “Sí”, ¿me puede decir qué usa?

<input type="checkbox"/> Pluma de epinefrina para la alergia 	<input type="checkbox"/> Insulina 	<input type="checkbox"/> Jeringas 
<input type="checkbox"/> Nebulizador 	<input type="checkbox"/> Medidor de glucosa 	<input type="checkbox"/> Oxígeno 
<input type="checkbox"/> Respirador 	<input type="checkbox"/> Presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) 	<input type="checkbox"/> Vendajes 

Spanish

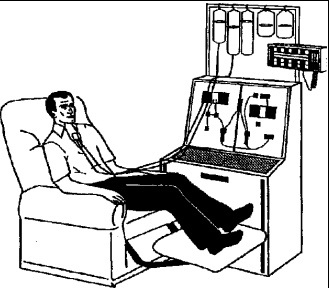
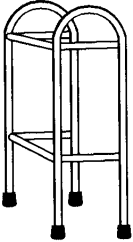
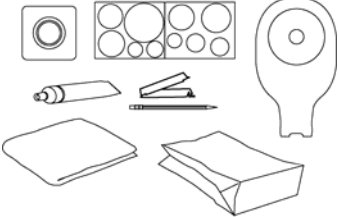

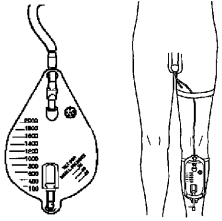
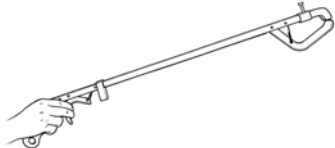
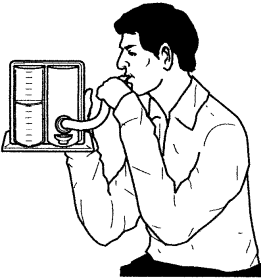
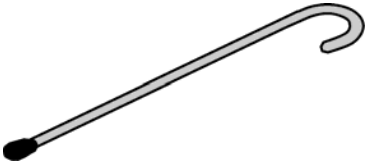

If yes, can you tell me what you use?

- Epinephrine pen for allergy
- Nebulizer
- Respirator

- Insulin
- Glucose meter
- CPAP

- Syringes
- Oxygen
- Dressings

Si la respuesta es “Sí”, ¿me puede decir qué usa?

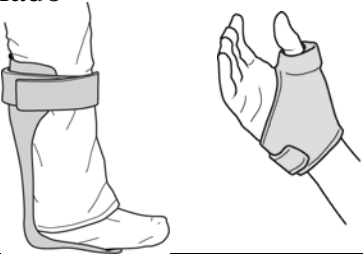
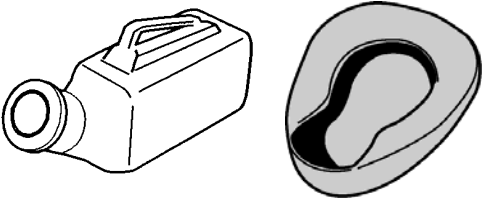
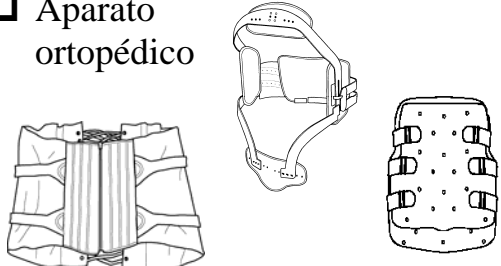



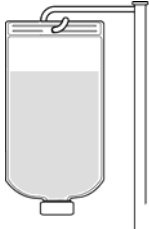
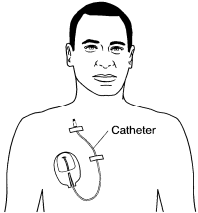
<input type="checkbox"/> Diálisis 	<input type="checkbox"/> Andador 	<input type="checkbox"/> Suministros de ostomía 
<input type="checkbox"/> Alimentación con sonda 	<input type="checkbox"/> Catéter de Foley 	<input type="checkbox"/> Aparato para alcanzar objetos 
<input type="checkbox"/> Espirómetro de incentivo 	<input type="checkbox"/> Bastón 	<input type="checkbox"/> Aparato para ponerse los calcetines 

Spanish

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Ostomy supplies |
| <input type="checkbox"/> Tube feedings | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Reacher |
| <input type="checkbox"/> Incentive spirometer | <input type="checkbox"/> Cane | <input type="checkbox"/> Sock aid |

Si la respuesta es “Sí”, ¿me puede decir qué usa?

<input type="checkbox"/> Entablillado 	<input type="checkbox"/> Orinal o bacín de cama 	<input type="checkbox"/> Aparato ortopédico 
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas 	<input type="checkbox"/> Tabla de transferencia 	<input type="checkbox"/> Elevador de inodoro 
<input type="checkbox"/> Nutrición parenteral 	<input type="checkbox"/> Puerto o catéter para medicamentos 	<input type="checkbox"/> Otros suministros que no aparecen en esta lista <input type="checkbox"/> No estoy seguro

Spanish

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Splint | <input type="checkbox"/> Urinal or bed pan | <input type="checkbox"/> Brace |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Transfer board | <input type="checkbox"/> Raised toilet seat |
| <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition | <input type="checkbox"/> Port or catheter for medicines | <input type="checkbox"/> Other supplies not on this list |
| | | <input type="checkbox"/> Not sure |

¿Trajo alguno de estos suministros consigo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Did you bring any of these supplies with you?

No Not sure Yes

¿Toma medicamentos diariamente?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you take any medicines every day?

No Not sure Yes

¿Tiene su medicamento consigo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have your medicine with you?

No Not sure Yes

¿Cuándo fue la última vez que tomó este medicamento?

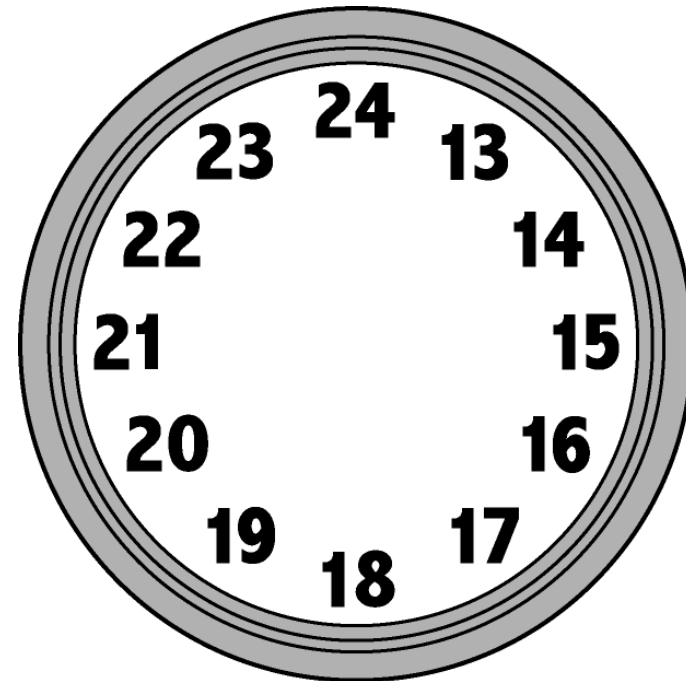
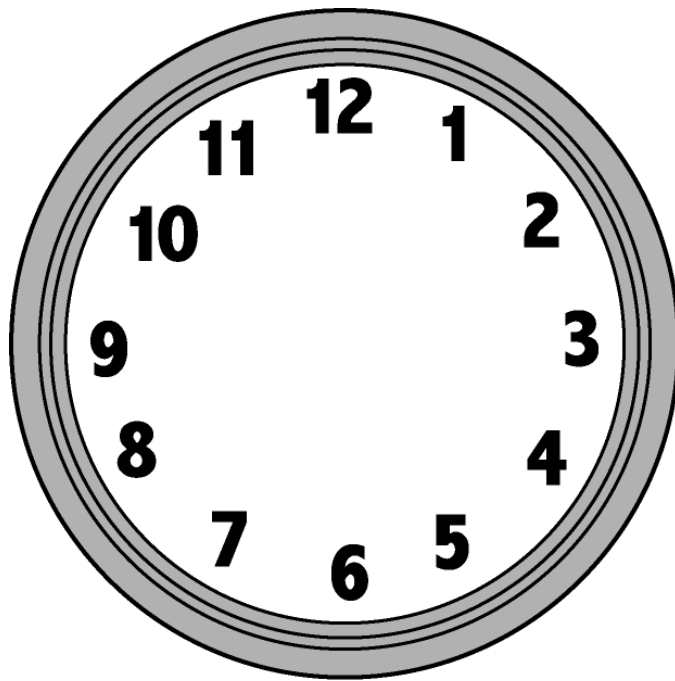
- Hoy
- Ayer
- Hace más de 2 días
- Hace más de una semana
- No estoy seguro

Spanish

When did you last take this medicine?

- Today
- Yesterday
- More than 2 days ago
- More than a week ago
- Not Sure

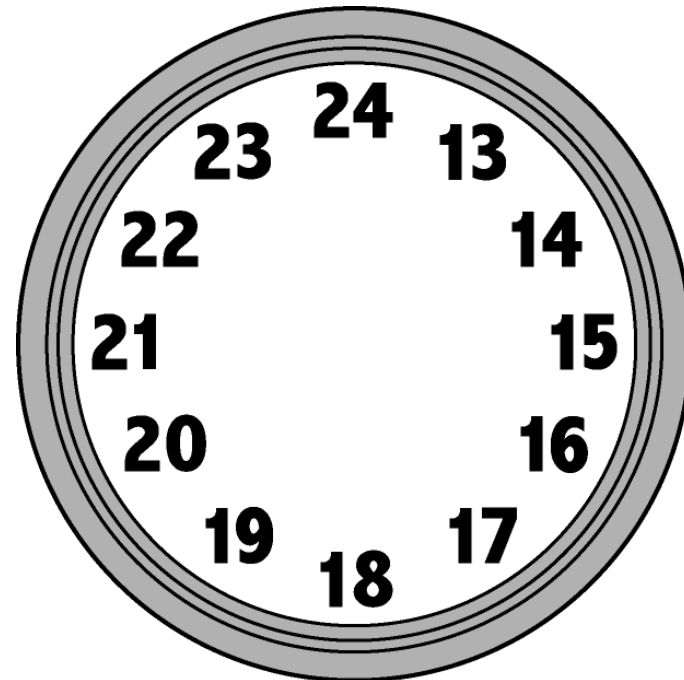
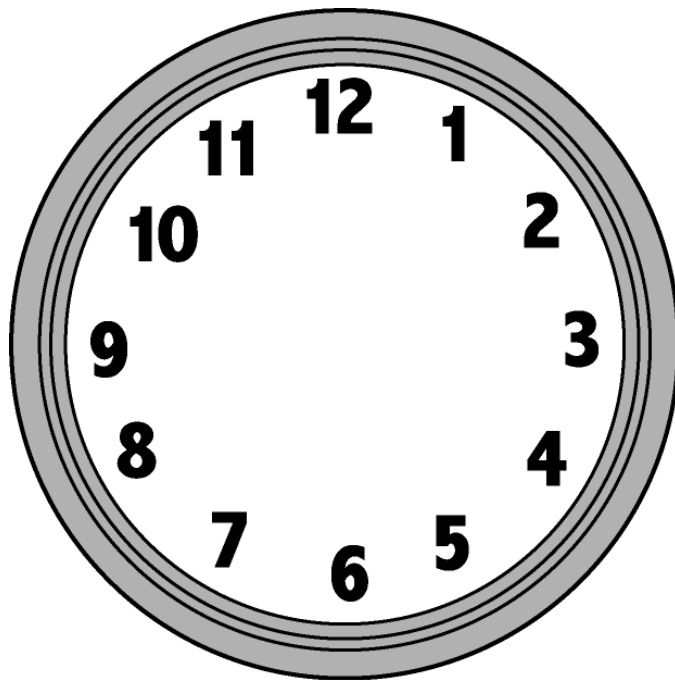
¿A qué hora lo tomó?



Spanish

What time did you take it?

¿Cuándo debe tomar este medicamento nuevamente?



Spanish

When should you take your medicine again?

¿Sabe el nombre del lugar donde compra sus medicamentos (tales como farmacia, tienda de abarrotes o clínica)?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

No Not sure Yes

¿Sabe el nombre de los medicamentos que toma?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you know the names of the medicines you take?

No Not sure Yes

¿Sabe para qué toma medicamentos?

- Problemas cardíacos
- Presión arterial alta
- Diabetes
- Problemas renales
- Problemas hepáticos
- Anticoagulante
- Para reducir el colesterol
- Para controlar el estrés
- Para dormir
- Cáncer

Spanish

How are you related to this person?

- Heart problems
- High blood pressure
- Diabetes
- Kidney problems
- Liver problems
- To thin my blood
- To lower cholesterol
- To control my stress
- To help me sleep
- Cancer

¿Sabe para qué toma medicamentos?

- | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Control del dolor | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Para ayudar a mi circulación | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas para respirar |
| <input type="checkbox"/> Para tratar una infección | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |

Spanish

How are you related to this person?

- | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pain control | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> To help my circulation | <input type="checkbox"/> Eye problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Breathing problems |
| <input type="checkbox"/> To treat an infection | <input type="checkbox"/> Skin problems |

¿Sabe para qué toma medicamentos?

- Para la memoria
- Problemas de la tiroides
- Para eliminar líquido
- Tuberculosis
- Malaria
- Espasmos musculares
- Otros motivos no indicados en esta lista
- No estoy seguro

Spanish

How are you related to this person?

- To help my memory
- Thyroid problems
- To help me get rid of fluid
- Tuberculosis
- Malaria
- Muscle spasms
- Other reasons not on this list
- Not sure

¿Tiene algún problema de audición?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have any problems with your hearing?

No Not sure Yes

¿Usa audífonos?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you use a hearing aid?

No Not sure Yes

¿Tiene el audífono consigo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have your hearing aid with you?

No Not sure Yes

¿Funciona su audífono?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Is your hearing aid working?

No Not sure Yes

¿Necesita baterías?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need a battery?

No Not sure Yes

¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need a sign language interpreter?

No Not sure Yes

¿De qué manera se comunica mejor con las demás personas?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas | <input type="checkbox"/> Escribe notas |
| <input type="checkbox"/> Lectura de labios | <input type="checkbox"/> Usa una pizarra de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Usa un dispositivo para personas con problemas auditivos y del habla (TTY, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |

Spanish

How do you best communicate with others?

- | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sign language | <input type="checkbox"/> Write notes |
| <input type="checkbox"/> Lip read | <input type="checkbox"/> Use communication board |
| <input type="checkbox"/> Use a TTY | <input type="checkbox"/> Not Sure |

¿Usa anteojos recetados?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you wear prescription eye glasses?

No Not sure Yes

¿Tiene sus anteojos consigo o con sus pertenencias?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have your glasses with you or with your belongings?

No Not sure Yes

**¿Tiene problemas para ver, incluso con sus
anteojos puestos?**

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have problems seeing, even with your glasses?

No Not sure Yes

¿Usa un bastón blanco?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you use a white cane?

No Not sure Yes

¿Tiene su bastón blanco consigo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have your white cane with you?

No Not sure Yes

**¿Necesita ayuda para desplazarse a su
alrededor, incluso con su bastón blanco?**

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help getting around, even with your white cane?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para desplazarse a su alrededor?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help moving around?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para levantarse de la cama o acostarse?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help getting in or out of bed?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para vestirse?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help getting dressed?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para usar el baño?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help using the bathroom?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para bañarse?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help bathing?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para comer?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help eating?

No Not sure Yes

¿Necesita ayuda para cortar sus alimentos?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you need help cutting up your food?

No Not sure Yes

¿Tiene un familiar, amigo o proveedor de cuidados que lo ayude con estas actividades?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

No Not sure Yes

¿Tiene dentadura postiza o prótesis dental?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have false teeth or dentures?

No Not sure Yes

¿Tiene la dentadura postiza consigo?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Do you have your false teeth with you?

No Not sure Yes

¿Está con una dieta especial?

No No estoy seguro Sí



Spanish

Are you on any special diet?

No Not sure Yes

¿Qué tipo de dieta especial?

- Diabetes
- Baja en sal
- Dieta renal
- Dieta sin gluten
- Vegetariana
- Kosher

Spanish

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

¿Qué tipo de dieta especial?

- Alimentos blandos
- Dieta para personas con problemas para tragar
- Dieta para protegerse de las infecciones
- Otro tipo que no se encuentra en esta lista
- No estoy seguro

Spanish

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure

¿Número de teléfono donde se pueden comunicar con usted?

Spanish

Telephone number where you can be reached?

Otro número de teléfono, si tiene.

Spanish

Another telephone number, if you have one.

Dirección de correo electrónico, si tiene alguna.

Spanish

Email address, if you have one.

Fecha de nacimiento

Spanish

Date of birth